# Sigmund Freud
# Obras completas

comentarios y notas
es Strachey,
ación de Anna Freud

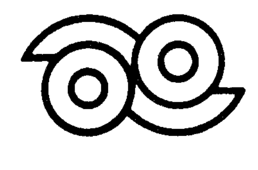
---

## Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899)

## III

Amorrortu editores

Obras completas
Sigmund Freud



Volumen 3

# Obras completas

## Sigmund Freud

Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey
con la colaboración de Anna Freud,
asistidos por Alix Strachey y Alan Tyson

Traducción directa del alemán de José L. Etcheverry

Volumen 3 (1893-99)

Primeras publicaciones psicoanalíticas

Amorrortu editores

Primera edición en castellano, 1981; segunda edición, 1986; primera reimpresión, 1989; segunda reimpresión, 1991

Traducción directa del alemán: José Luis Etcheverry
Traducción de los comentarios y notas de James Strachey: Leandro Wolfson
Asesoramiento: Santiago Dubcovsky y Jorge Colapinto
Corrección de pruebas: Rolando Trozzi y Mario Leff

Publicada con autorización de Sigmund Freud Copyrights Ltd., The Hogarth Press Ltd., The Institute of Psychoanalysis (Londres) y Angela Richards. Primera edición en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 1962; quinta reimpresión, 1975.



Queda hecho el depósito que previene la ley n° 11.723.

Industria argentina. Made in Argentina.

ISBN 950-518-575-8 (Obras completas)
ISBN 950-518-579-0 (Volumen 3)

Impreso en los Talleres Gráficos Color Efe, Paso 192, Avellaneda, provincia de Buenos Aires, en julio de 1991.

Tirada de esta edición: 4.000 ejemplares.

# Indice general

Volumen 3

# Advertencia sobre la edición en castellano

El presente libro forma parte de las *Obras completas* de Sigmund Freud, edición en 24 volúmenes que ha sido publicada entre los años 1978 y 1985. En un opúsculo que acompaña a esta colección (titulado *Sobre la versión castellana*) se exponen los criterios generales con que fue abordada esta nueva versión y se fundamenta la terminología adoptada. Aquí sólo haremos un breve resumen de las fuentes utilizadas, del contenido de la edición y de ciertos datos relativos a su aparato crítico.

La primera recopilación de los escritos de Freud fueron los *Gesammelte Schriften*,[1] publicados aún en vida del autor; luego de su muerte, ocurrida en 1939, y durante un lapso de doce años, aparecieron las *Gesammelte Werke*,[2] edición ordenada, no con un criterio temático, como la anterior, sino cronológico. En 1948, el Instituto de Psicoanálisis de Londres encargó a James B. Strachey la preparación de lo que se denominaría *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, cuyos primeros 23 volúmenes vieron la luz entre 1953 y 1966, y el 24° (índices y bibliografía general, amén de una fe de erratas), en 1974.[3]

La *Standard Edition*, ordenada también, en líneas generales, cronológicamente, incluyó además de los textos de Freud el siguiente material: 1) Comentarios de Strachey previos a cada escrito (titulados a veces *«Note»*, otras *«Introducción»*).

[1] Viena: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 12 vols., 1924-34. La edición castellana traducida por Luis López-Ballesteros (Madrid: Biblioteca Nueva, 17 vols., 1922-34) fue, como puede verse, contemporánea de aquella, y fue también la primera recopilación en un idioma extranjero; se anticipó así a la primera colección inglesa, que terminó de publicarse en 1950 (*Collected Papers*, Londres: The Hogarth Press, 5 vols., 1924-50).

[2] Londres: Imago Publishing Co., 17 vols., 1940-52; el vol. 18 (índices y bibliografía general) se publicó en Francfort del Meno: S. Fischer Verlag, 1968.

[3] Londres: The Hogarth Press, 24 vols., 1953-74. Para otros detalles sobre el plan de la *Standard Edition*, los manuscritos utilizados por Strachey y los criterios aplicados en su traducción, véase su «General Preface», vol. 1, págs. xiii-xxii (traducido, en lo que no se refiere específicamente a la lengua inglesa, en la presente edición como «Prólogo general», vol. 1, págs. xv-xxv).

2) Notas numeradas de pie de página que figuran entre corchetes para diferenciarlas de las de Freud; en ellas se indican variantes en las diversas ediciones alemanas de un mismo texto; se explican ciertas referencias geográficas, históricas, literarias, etc.; se consignan problemas de la traducción al inglés, y se incluyen gran número de remisiones internas a otras obras de Freud. 3) Intercalaciones entre corchetes en el cuerpo principal del texto, que corresponden también a remisiones internas o a breves apostillas que Strachey estimó indispensables para su correcta comprensión. 4) Bibliografía general, al final de cada volumen, de todos los libros, artículos, etc., en él mencionados. 5) Indice alfabético de autores y temas, a los que se le suman en ciertos casos algunos índices especiales (p.ej., «Indice de sueños», «Indice de operaciones fallidas», etc.).

El rigor y exhaustividad con que Strachey encaró esta aproximación a una edición crítica de la obra de Freud, así como su excelente traducción, dieron a la *Standard Edition* justo renombre e hicieron de ella una obra de consulta indispensable.

La presente edición castellana, traducida directamente del alemán,[4] ha sido cotejada con la *Standard Edition*, abarca los mismos trabajos y su división en volúmenes se corresponde con la de esta. Con la sola excepción de algunas notas sobre problemas de traducción al inglés, irrelevantes en este caso, se ha recogido todo el material crítico de Strachey, el cual, como queda dicho, aparece siempre entre corchetes.[5]

Además, esta edición castellana incluye: 1) Notas de pie de página entre llaves, identificadas con un asterisco en el cuerpo principal, y referidas las más de las veces a problemas propios de la traducción al castellano. 2) Intercalaciones entre llaves en el cuerpo principal, ya sea para reproducir la palabra o frase original en alemán o para explicitar ciertas variantes de traducción (los vocablos alemanes se dan en nominativo singular, o tratándose de verbos, en infinitivo). 3) Un «Glosario alemán-castellano» de los principales términos especializados, anexo al antes mencionado opúsculo *Sobre la versión castellana*.

Antes de cada trabajo de Freud, se consignan en la *Standard Edition* sus sucesivas ediciones en alemán y en inglés; por nues-

[4] Se ha tomado como base la 4ª reimpresión de las *Gesammelte Werke*, publicada por S. Fischer Verlag en 1972; para las dudas sobre posibles erratas se consultó, además, Freud, *Studienausgabe* (Francfort del Meno: S. Fischer Verlag, 11 vols., 1969-75), en cuyo comité editorial participó James Strachey y que contiene (traducidos al alemán) los comentarios y notas de este último.

[5] En el volumen 24 se da una lista de equivalencias, página por página, entre las *Gesammelte Werke*, la *Standard Edition* y la presente edición.

tra parte proporcionamos los datos de las ediciones en alemán y las principales versiones existentes en castellano.[6]

Con respecto a las grafías de las palabras castellanas y al vocabulario utilizado, conviene aclarar que: *a*) En el caso de las grafías dobles autorizadas por las Academias de la Lengua, hemos optado siempre por la de escritura más simple («trasferencia» en vez de «transferencia», «sustancia» en vez de «substancia», «remplazar» en vez de «reemplazar», etc.), siguiendo así una línea que desde hace varias décadas parece imponerse en la norma lingüística. Nuestra única innovación en este aspecto ha sido la adopción de las palabras «conciente» e «inconciente» en lugar de «consciente» e «inconsciente», innovación esta que aún no fue aprobada por las Academias pero que parecería natural, ya que «conciencia» sí goza de legitimidad. *b*) En materia de léxico, no hemos vacilado en recurrir a algunos arcaísmos cuando estos permiten rescatar matices presentes en las voces alemanas originales y que se perderían en caso de dar preferencia exclusiva al uso actual.

Análogamente a lo sucedido con la *Standard Edition*, los 24 volúmenes que integran esta colección no fueron publicados en orden numérico o cronológico, sino según el orden impuesto por el contenido mismo de un material que debió ser objeto de una amplia elaboración previa antes de adoptar determinadas decisiones de índole conceptual o terminológica.[7]

[6] A este fin entendemos por «principales» la primera traducción (cronológicamente hablando) de cada trabajo y sus publicaciones sucesivas dentro de una colección de obras completas. La historia de estas publicaciones se pormenoriza en *Sobre la versión castellana*, donde se indican también las dificultades de establecer con certeza quién fue el traductor de algunos de los trabajos incluidos en las ediciones de Biblioteca Nueva de 1967-68 (3 vols.) y 1972-75 (9 vols.).

En las notas de pie de página y en la bibliografía que aparece al final del volumen, los títulos en castellano de los trabajos de Freud son los adoptados en la presente edición. En muchos casos, estos títulos no coinciden con los de las versiones castellanas anteriores.

[7] El orden de publicación de los volúmenes de la *Standard Edition* figura en *AE*, 1, pág. xxi, *n*. 7. Para esta versión castellana, el orden ha sido el siguiente: 1978: vols. 7, 15, 16; 1979: vols. 4, 5, 8, 9, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22; 1980: vols. 2, 6, 10, 12, 13, 23; 1981: vols. 1, 3; 1985: vol. 24.

# Lista de abreviaturas

(Para otros detalles sobre abreviaturas y caracteres tipográficos, véase la aclaración incluida en la bibliografía, *infra*, pág. 323.)

*AE* Freud, *Obras completas* (24 vols., en curso de publicación). Buenos Aires: Amorrortu editores, 1978–.

*BN* Freud, *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.*

*EA* Freud, *Obras completas* (19 vols.). Buenos Aires: Editorial Americana, 1943-44.

*GS* Freud, *Gesammelte Schriften* (12 vols.). Viena: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924-34.

*GW* Freud, *Gesammelte Werke* (18 vols.). Volúmenes 1-17, Londres: Imago Publishing Co., 1940-52; volumen 18, Francfort del Meno: S. Fischer Verlag, 1968.

*RP* *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina, 1943–.

*SA* Freud, *Studienausgabe* (11 vols.). Francfort del Meno: S. Fischer Verlag, 1969-75.

*SE* Freud, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works* (24 vols.). Londres: The Hogarth Press, 1953-74.

*SKSN* Freud, *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre* (5 vols.). Viena, 1906-22.

*SR* Freud, *Obras completas* (22 vols.). Buenos Aires: Santiago Rueda, 1952-56.

* Utilizaremos la sigla *BN* para todas las ediciones publicadas por Biblioteca Nueva, distinguiéndolas entre sí por la cantidad de volúmenes: edición de 1922-34, 17 vols.; edición de 1948, 2 vols.; edición de 1967-68, 3 vols.; edición de 1972-75, 9 vols.

# Prólogo a *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre aus den Jahren 1893-1906* (1906)

# Nota introductoria

## *Prólogo a* Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre aus den Jahren 1893-1906*

*Ediciones en alemán*

1906 *SKSN*, **1**, pág. iii. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 241-2.
1952 *GW*, **1**, págs. 557-8.

*Traducciones en castellano* **

1955 «Prólogo para la primera edición de la "Recopilación de ensayos sobre la teoría de las neurosis", de los años 1893 a 1906». *SR*, **20**, págs. 185-6. Traducción de Ludovico Rosenthal.
1968 Igual título. *BN* (3 vols.), **3**, pág. 315-6.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **4**, pág. 1529.

El volumen que este texto prologa fue la primera de cinco recopilaciones de sus escritos de menor extensión realizadas por Freud; las otras cuatro aparecieron en 1909, 1913, 1918 y 1922. El presente volumen de la *Standard Edition* incluye en su mayoría el contenido de la indicada recopilación. No obstante, el primero de los trabajos escritos en francés, sobre la comparación de las parálisis orgánicas e histéricas (1893*c*), ha sido recogido en el volumen 1 de estas *Obras completas*, debido a que pertenece casi por entero a la época prepsicoanalítica. Los tres últimos trabajos de la recopilación —«El método psicoanalítico de Freud» (1904*a*) y «Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis» (1906*a*), publicados en sendos

* {Prólogo a la primera edición de la «Recopilación de escritos breves sobre la doctrina de las neurosis, 1893-1906».}
** {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n.* 6.}

libros de L. Löwenfeld, así como «Sobre psicoterapia» (1905*a*)—, de fecha más tardía que el resto, se encontrarán en el volumen 7. Y no se repite aquí la «Comunicación preliminar» (1893*a*), incluida en el volumen 2 como parte de *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), ocupando en cambio su lugar una conferencia descubierta recientemente (1893*h*), de la cual existe una versión taquigráfica revisada por Freud; esta conferencia fue contemporánea de la citada «Comunicación preliminar» y abarcó los mismos temas.

Hemos agregado en el presente volumen dos trabajos que Freud omitió en su recopilación: «Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria» (1898*b*) —ampliado luego en el primer capítulo de *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*)— y «Sobre los recuerdos encubridores» (1899*a*).

James Strachey

En respuesta a deseos reiteradamente manifestados, me decidí a ofrecer a los colegas una compilación de trabajos breves sobre las neurosis que publiqué desde 1893. Son catorce ensayos de corta extensión; la mayoría tienen el carácter de unas comunicaciones provisionales que se incluyeron en repertorios científicos o revistas médicas, tres de ellas en lengua francesa. Las dos últimas, y muy sucintas, exposiciones de mi punto de vista actual sobre la etiología y la terapia de las neurosis (XIII y XIV)[1] están tomadas de las conocidas obras de L. Löwenfeld, *Die psychischen Zwangserscheinungen* {Fenómenos psíquicos obsesivos}, 1904, y *Sexualleben und Nervenleiden* {Vida sexual y afección nerviosa}, 1906; las había redactado a pedido del autor, que es amigo mío.[2]

Esta recopilación es preparatoria y complementaria respecto de publicaciones mías más extensas que tratan sobre los mismos temas: *Estudios sobre la histeria* (en colaboración con el doctor J. Breuer), 1895; *La interpretación de los sueños*, 1900; *Psicopatología de la vida cotidiana*, 1901 y 1904; *El chiste y su relación con lo inconciente*, 1905; *Tres ensayos de teoría sexual*, 1905; «Fragmento de análisis de un caso de histeria», 1905. Que encabece los breves ensayos aquí reunidos con la despedida a J.-M. Charcot no está destinado sólo a cumplir con un deber de gratitud, sino a destacar el punto en que mi propio trabajo diverge del promovido por el maestro.

A quien esté familiarizado con el desarrollo del conocimiento humano no le asombrará enterarse de que ahora he superado una parte de las opiniones aquí sustentadas, y he sabido modificar la otra. No obstante, mantengo sin cambios lo más de ellas, y en verdad no debo retractarme de nada que fuera completamente erróneo o carente de todo valor.[3]

1 [Cf. mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 3.]

2 [Cf. mi «Nota introductoria» a «A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"» (1895*f*), *infra*, pág. 120.]

3 [Al reimprimirse estos trabajos en 1925, Freud agregó algunas notas críticas. Véase, por ejemplo, su artículo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*), *infra*, pág. 169.]

# Charcot
(1893)

# Nota introductoria

## «Charcot»

*Ediciones en alemán*

1893 *Wien. med. Wschr.*, **43**, nº 37, págs. 1513-20.
1906 *SKSN*, **1**, págs. 1-13. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 243-57.
1952 *GW*, **1**, págs. 21-35.

*Traducciones en castellano**

1925 «Charcot». *BN* (17 vols.), **10**, págs. 279-94. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **10**, págs. 253-67. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 17-23. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **10**, págs. 195-205. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 17-23. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 30-7. El mismo traductor.

Esta nota necrológica fue mencionada por Freud bajo el número XXII en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897*b*), *infra*, pág. 236.

Desde octubre de 1885 hasta febrero de 1886, Freud trabajó en la Salpêtrière de París como alumno de Jean-Martin Charcot (1825-1893). Este período fue un punto de viraje en su carrera, pues en él su interés pasó de la neuropato-

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n.* 6.}

logía a la psicopatología —de la ciencia física a la psicología—. Cualesquiera que hayan sido los restantes factores más profundos que participaron en dicho cambio, el elemento determinante inmediato fue sin duda la personalidad de Charcot. Luego de su arribo a París, Freud escribió a su futura esposa lo siguiente (24 de noviembre de 1885): «Tengo la impresión de que estoy cambiando mucho. Te contaré en detalle lo que me está sucediendo. Charcot, que es uno de los más grandes médicos y un hombre de una sensatez genial, está sencillamente desbaratando todos mis objetivos y opiniones. A veces salgo de sus clases como de Notre-Dame, con una idea totalmente nueva de la perfección. Pero me deja exhausto; después de estar con él ya no tengo deseo alguno de trabajar en mis tonterías. Hace tres días que no hago nada y no tengo por ello ningún remordimiento. Mi cerebro se queda tan saciado como luego de una velada en el teatro. No sé si esta semilla dará fruto, pero sí puedo afirmar que ningún otro ser humano había causado jamás tan gran efecto sobre mí...» (Freud, 1960*a*).

La nota necrológica que a continuación se leerá, escrita apenas unos días después de la muerte de Charcot, evidencia una vez más la gran admiración que sentía Freud por él, admiración que no dejó de tenerle por el resto de su vida. Constantemente surgían en sus escritos frases y dichos de Charcot, y en todas las reseñas de su propia evolución nunca olvidó el papel que este desempeñó.

Si bien el presente es el estudio más largo que Freud le dedicó, puede complementárselo recurriendo a otras dos o tres fuentes: el informe elevado por Freud a las autoridades de la Universidad de Viena sobre sus estudios en París y Berlín (1956*a* [1886]) —del cual fue tomado algún material para esta nota necrológica—; su «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*), *AE*, **14**, págs. 12-3; su *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, págs. 12-3; y también el primer volumen de la biografía de Ernest Jones (1953, págs. 202-5).[1]

James Strachey

[1] Freud tradujo al alemán, a solicitud de Charcot, dos de sus libros: el tercer tomo de las *Leçons sur les maladies du système nerveux* {Lecciones sobre las enfermedades del sistema nervioso} (1887), cuya versión alemana (Freud, 1886*f*) fue publicada antes que la segunda mitad del original francés, y las *Leçons du mardi (1887-88)* {Lecciones de los martes} (1888) (Freud, 1892-94), volumen al que Freud agregó, sin consentimiento de Charcot, algunas notas a pie de página —hecho que dio lugar, al parecer, a una desavenencia entre

ambos (cf. *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*), *AE*, **6**, pág. 158)—. Al final de su prólogo a esta segunda traducción se halla su elogio tal vez más entusiasta de Charcot (*AE*, **1**, págs. 169-70). El segundo tomo de las *Leçons du mardi*, correspondiente al año académico 1888-89, fue traducido al alemán por Max Kahane (1895), uno de los primeros discípulos de Freud.

J.-M. Charcot fue sorprendido el 16 de agosto de este año por una muerte súbita sin previo achaque ni enfermedad, tras una vida feliz y coronada por la fama. Con ello, la joven ciencia de la neurología ha perdido prematuramente a su máximo promotor; los neurólogos de todos los países, a su maestro, y Francia, a uno de sus primeros hombres. Tenía sólo 68 años, y su vigor físico y la lozanía de su espíritu, coincidentemente con sus no disimulados deseos, parecían destinarlo a aquella longevidad que ha cabido en suerte a no pocos trabajadores intelectuales de este siglo. Los espléndidos nueve volúmenes de sus *Oeuvres complètes*, en que sus discípulos han recopilado sus contribuciones a la medicina y la neuropatología, más las *Leçons du mardi* {Lecciones de los martes}, informes anuales de su labor clínica en la Salpêtrière, y otras obras todavía; todas estas publicaciones sumadas, digo, que serán siempre dilectas para la ciencia y para los discípulos de Charcot, no pueden sustituirnos al hombre, quien tenía mucho más que dar y enseñar aún, este hombre y estas obras a quien nadie se acercó sin cosechar fruto.

Sus grandes éxitos le causaban honesto y humano regocijo, y le gustaba contar sus comienzos y el camino transitado. El rico material de los hechos neuropatológicos, por completo ignorado en esa época, despertó su temprana curiosidad científica; ocurrió ya, según él contaba, siendo un joven *interne*. Por ese tiempo, toda vez que visitaba con su médico jefe uno de los departamentos de la Salpêtrière (instituto asistencial de mujeres) y recorría esa selva de parálisis, espasmos y convulsiones que hace cuarenta años no habían sido bautizados ni eran entendidos, solía decirse: «*Faudrait y retourner et y rester*»;* y cumplió su palabra. Designado *médecin des hôpitaux*, procuró enseguida ingresar en uno de aquellos departamentos de la Salpêtrière, que albergaban a las enfermas nerviosas; y una vez que lo hubo conseguido, permaneció allí, sin usar del derecho que en

* {«Será preciso que vuelva aquí y aquí me quede».}

Francia permite al *médecin des hôpitaux* cambiar, en turnos regulares, de hospital y de departamento, y por tanto de especialidad.

Así, aquella primera impresión que recibió, y el designio que ella le hizo concebir, fueron determinantes para su ulterior desarrollo. Y disponer de un gran material de enfermos nerviosos crónicos le permitió emplear su singular talento. No era un cavilador, no era un pensador, sino una naturaleza artísticamente dotada; era, como él mismo se nombraba, un «*visuel*», un vidente. Acerca de su manera de trabajar nos refería esto: solía mirar una y otra vez las cosas que no conocía, reforzaba día tras día la impresión que ellas le causaban, hasta que de pronto se le abría el entendimiento.[1] Y era que entonces, ante el ojo de su espíritu, se ordenaba el aparente caos que el retorno de unos síntomas siempre iguales semejaba; así surgían los nuevos cuadros clínicos, singularizados por el enlace constante de ciertos grupos de síntomas; los casos completos y extremos, los «tipos», se podían recortar con el auxilio de una suerte de esquematización, y desde los tipos el ojo perseguía las largas series de los casos menos acusados, las «*formes frustes*»,[2] que terminaban por perderse en lo indistinto desde este o estotro rasgo característico. A este trabajo intelectual, en que no reconocía iguales, lo llamaba «cultivar la nosografía»; y era su orgullo. Se le oía decir que la máxima satisfacción que un hombre puede tener es ver algo nuevo, o sea, discernirlo como nuevo, y volvía siempre, en puntualizaciones una y otra vez repetidas, sobre lo difícil y meritorio de ese «ver». Se preguntaba por qué en la medicina los hombres sólo veían aquello que ya habían aprendido a ver; se decía que era asombroso que uno pudiera ver de pronto cosas nuevas —nuevos estados patológicos— que, empero, eran tan viejas como el género humano; y él mismo debía confesar que ahora veía muchas que durante treinta años tuvo ante sí en las salas de internados, sin que atinase a verlas. A un médico no hace falta señalarle la riqueza de formas que la neuropatología ganó gracias a él, ni la agudeza y seguridad de diagnóstico que sus observaciones posibilitaron. En cuanto al discípulo que en su compañía recorría durante horas

1 [Freud destacó esto en su informe sobre sus estudios en París (1956*a* [1886]), y volvió a mencionarlo, con palabras algo diferentes, en su «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*), *AE*, **14**, pág. 21, y en su «Carta a *Le Disque Vert*» (1924*a*), *AE*, **19**, pág. 294.]

2 [Véase una nota mía a pie de página en «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *infra*, pág. 82, *n.* 11.]

las salas de la Salpêtrière, ese museo de hechos clínicos cuyo nombre y definición provenían en buena parte de él mismo, no podía menos que acordarse de Cuvier, cuya estatua frente al Jardin des Plantes[3] muestra al gran conocedor y describidor del mundo animal rodeado por multitud de figuras zoológicas, o bien del mito de Adán, quien vivió acaso en medida suprema ese goce intelectual exaltado por Charcot, cuando Dios le presentó el mundo vivo del paraíso para que lo separara y lo nombrara.

Y Charcot nunca cesó de abogar por los derechos del trabajo puramente clínico, que consiste en ver y ordenar, contra los desbordes de la medicina teórica. Cierta vez estábamos reunidos un pequeño grupo de extranjeros, formados en la fisiología académica alemana, y lo fastidiábamos objetando sus novedades clínicas: «Eso no puede ser —le opuso uno de nosotros—, pues contradice la teoría de Young-Helmholtz». No replicó «Tanto peor para la teoría; los hechos de la clínica tienen precedencia», o cosa parecida, pero nos dijo algo que nos causó gran impresión: «*La théorie, c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister*».[*][4]

Durante muchos años dictó Charcot la cátedra de anatomía patológica en París; y sin tener puesto alguno, como un quehacer colateral, desarrollaba sus trabajos y sus conferencias de neuropatología, que pronto le dieron fama también en el exterior. Y bien, para la neuropatología fue una suerte que el mismo hombre pudiera tomar la conducción en ambas instancias, creando por un lado, mediante la observación clínica, los cuadros nosológicos, y por el otro poniendo de manifiesto, tanto en el tipo como en la *forme fruste*, idéntica alteración anatómica como base de la afección. Son de todos conocidos los éxitos que este método anatomoclínico de Charcot obtuvo en el campo de las patologías nerviosas orgánicas, la tabes, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica, etc. A menudo hizo falta una paciente espera de años hasta comprobar la alteración orgánica en el caso de estas afecciones crónicas que no llevan directamente a la muerte, y sólo un asilo para inválidos,

[3] [El jardín zoológico de París.]

[*] {«La teoría es buena, pero eso no impide que las cosas sean como son».}

[4] [Era esta una cita predilecta de Freud, quien la reprodujo en varias ocasiones a lo largo de su vida. (Véase, verbigracia, el historial clínico de «Dora» (1905*e*), *AE*, **7**, pág. 100; *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, **15**, pág. 133, y *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 13. La primera vez que relató el episodio —en una nota al pie de su traducción de *Leçons du mardi* (Freud, 1892-94), *AE*, **1**, pág. 173—, reveló que la objeción que dio origen a esta réplica fue hecha por él mismo.]

como la Salpêtrière, podía permitirse seguir y retener a los enfermos por lapsos tan prolongados.[5] Es cierto que Charcot hizo la primera comprobación de esta índole antes que pudiera disponer de un departamento hospitalario. Mientras era estudiante, el azar lo puso frente a una doméstica que padecía de unos curiosos temblores y por su torpeza no conseguía empleo. Charcot discernió su estado como el de una *paralysie choréiforme*, ya descrita por Duchenne, pero cuyo fundamento se ignoraba. Tomó a su servicio a la interesante mujer, a costa de una pequeña fortuna que al paso de los años tuvo que desembolsar en fuentes y platos; y cuando finalmente murió, pudo demostrar en ella que la *paralysie choréiforme* era la expresión clínica de la esclerosis cerebroespinal múltiple.

La anatomía patológica tiene a su cargo dos órdenes de contribuciones a la neuropatología: además de probar la alteración patológica, debe establecer su localización; y todos sabemos que en los últimos dos decenios la segunda parte de esa tarea ha despertado el mayor interés y experimentado grandísimo avance. También en esta tarea Charcot prestó una colaboración sobresaliente, aunque no fueran suyos los descubrimientos inaugurales. Primero siguió las huellas de nuestro compatriota Türck, quien, según es fama, vivió y estudió bastante solitario en nuestro medio; y después, advenidas las dos grandes innovaciones que abrieron una época nueva para nuestro saber acerca de la «localización de las enfermedades nerviosas» —los experimentos de estimulación de Hitzig-Fritsch y los descubrimientos de Flechsig sobre la médula espinal—, Charcot hizo, en sus «Lecciones sobre la localización», lo más y lo mejor a fin de conjugar las nuevas doctrinas con la clínica y volverlas fructíferas para esta. Por lo que atañe, en especial, al vínculo de la musculatura corporal con la zona motriz del encéfalo humano, recuerdo cuánto tiempo permaneció indefinida la modalidad exacta y la tópica de ese vínculo (¿subrogación común de ambas extremidades en los mismos lugares, o subrogación de la extremidad superior en la circunvolución central anterior y de la inferior en la circunvolución central posterior, vale decir, una articulación vertical?), hasta que

[5] [Jones (1953, pág. 231) refiere que Charcot confió a Freud, en la Salpêtrière, la autopsia de una mujer que había estado internada en ese hospital desde 1853 por los efectos de una embolia. Sobre este caso informa Freud en su «Estudio clínico sobre la hemiplejía cerebral en los niños» (1891*a*); véase el resumen que él hizo de ese trabajo en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897*b*), *infra*, pág. 235.]

al fin la continua observación clínica y unos experimentos de estimulación y extirpación en seres humanos vivos en oportunidad de realizar intervenciones quirúrgicas dieron la razón al punto de vista de Charcot y de Pitres, según el cual el tercio medio de las circunvoluciones centrales sirve de manera preeminente a la subrogación del brazo, el tercio superior y la porción medial a la subrogación de la pierna, de suerte que en la región motriz se cumple una articulación horizontal.

Irrealizable tarea sería demostrar la significación de Charcot para la neuropatología enumerando todos sus logros, pues son pocos los temas de alguna importancia durante los dos últimos decenios en cuya formulación y examen la escuela de la Salpêtrière no haya tenido participación sobresaliente. «La escuela de la Salpêtrière» era, desde luego, Charcot mismo, a quien con facilidad se lo reconocía, por la riqueza de su experiencia, el claro y trasparente lenguaje y la plasticidad de sus descripciones, en cada trabajo de la escuela. En el círculo de hombres jóvenes que así atraía, haciéndolos copartícipes de sus investigaciones, algunos cobraron luego conciencia de su propia individualidad y se labraron un nombre brillante; también ocurría en ocasiones que alguien sustentara cierta tesis que, a juicio del maestro, era más ingeniosa que correcta, y en pláticas y conferencias la combatía con bastante sarcasmo sin que por ello sufriera menoscabo la relación con el amado discípulo. Y en verdad, Charcot deja un grupo de discípulos cuya calidad intelectual y los logros que ya han obtenido garantizan que el cultivo de la neuropatología en París no descenderá tan pronto de la altura hasta la cual Charcot la había elevado.

En Viena hemos podido hacer repetidas veces la experiencia de que la valía intelectual de un académico no necesariamente se aúna con aquel influjo personal directo sobre los jóvenes que se exterioriza en la fundación de una escuela numerosa y sustantiva. Si Charcot fue mucho más afortunado en este punto, sería preciso atribuirlo a las cualidades personales del hombre, al ensalmo que fluía de su presencia y de su voz, a la amable franqueza que singularizaba a su comportamiento apenas se superaba la distancia inicial en el trato recíproco, a la prontitud con que lo ponía todo a disposición de sus discípulos y a la fidelidad que les guardaba toda la vida. Las horas que pasaba en las salas de sus enfermos eran de compañía y de intercambio de ideas con todo su personal médico; jamás se recluyó allí: hasta el más joven de los externos tenía oportunidad de verlo trabajar y le estaba permitido importunarlo, libertad de que

también gozaban los extranjeros que en los últimos años nunca faltaban en sus horas de visita. Por fin, cuando en las veladas Madame Charcot, ayudada por una hija talentosa que iba floreciendo con los rasgos del padre, abría las puertas de su hospitalario hogar a una sociedad escogida, los discípulos y asistentes médicos del dueño de casa, que nunca faltaban a esas reuniones, aparecían ante los huéspedes como parte de la familia.

En 1882 o 1883, las condiciones de vida y de trabajo de Charcot cobraron su plasmación definitiva. Se había llegado a entender que la obra de este hombre formaba parte de la «*gloire*» nacional, con tanto celo custodiada tras la infortunada guerra de 1870-71. El gobierno, a cuyo frente estaba Gambetta, viejo amigo de Charcot, creó para él una cátedra de neuropatología en la facultad, a cambio de la cual pudo renunciar a la de anatomía patológica, y una clínica, junto con institutos científicos, anexos, en la Salpêtrière. «*Le service de Monsieur Charcot*» comprendía ahora, además de las antiguas dependencias asignadas a enfermas crónicas, varias salas clínicas donde también eran atendidos varones, un gigantesco consultorio ambulatorio (la «*consultation externe*»), un laboratorio histológico, un museo, una sección de electroterapia, otra de ojos y oídos, y un taller fotográfico propio; ocasiones, todas estas que he mencionado, para que los ex asistentes y discípulos quedaran ligados a la clínica de manera permanente con cargos fijos. Los edificios de dos plantas, de cochambroso aspecto, junto con los patios que los rodeaban, presentaban para el extranjero un notable parecido con nuestro Allgemeines Krankenhaus,[6] pero la semejanza no pasaba mucho de allí. «Quizás esto no sea lindo —decía Charcot, cuando mostraba al visitante sus posesiones—, pero uno halla sitio para todo cuanto quiera hacer».

Charcot estaba en el apogeo de la vida cuando pusieron a su disposición esa abundancia de medios para la docencia y la investigación. Era un trabajador infatigable; yo creo que siempre fue el más laborioso de toda la escuela. Un consultorio privado donde se daban cita enfermos «de Samarcanda y de las Antillas» [7] no consiguió distraerlo de su actividad docente ni de sus investigaciones. La gente que a él afluía en número tan grande no acudía ciertamente sólo al

[6] [El Hospital General de Viena. En lo que sigue, probablemente Freud compare las insuficientes instalaciones de los laboratorios de la Salpêtrière con aquellas a las que estaba acostumbrado en Viena. Véase el informe sobre sus estudios en París (1956*a*).]

[7] [No ha podido encontrarse la fuente de esta cita.]

investigador famoso, sino en mayor medida al gran médico y filántropo que sabía siempre hallar una respuesta, o bien la colegía si el estado presente de la ciencia no le consentía saberla. Muchas veces se le ha reprochado su terapia, que por su abundancia de prescripciones no podía menos que ofender a una mentalidad racionalista. Pero él se limitaba a continuar con los métodos usuales en su época y lugar, sin abrigar grandes ilusiones acerca de su eficacia. Por lo demás, no era pesimista en la expectativa terapéutica, y tanto antes como después promovió en su clínica el ensayo de nuevos métodos de tratamiento, métodos cuyo éxito, efímero, hallaba su esclarecimiento desde otro costado.

Como maestro, Charcot era directamente cautivante; cada una de sus conferencias era una pequeña obra de arte por su edificio y su articulación, de tan acabada forma y tan persuasiva que durante todo el día no conseguía uno quitarse del oído la palabra por él dicha, ni de la mente lo que había demostrado. Rara vez presentaba un solo enfermo; casi siempre era una serie de ellos, o unos correlativos que comparaba entre sí. La sala donde dictaba sus conferencias estaba adornada con un cuadro que figuraba al «ciudadano» Pinel liberando de sus cadenas a los pobres orates de la Salpêtrière;[8] y, en efecto, la Salpêtrière, que durante la Revolución había visto tantos horrores, fue también el escenario de esta, la más humana de todas las rebeliones. El propio maestro Charcot hacía una singular impresión en cada conferencia suya; él, de ordinario rebosante de vitalidad y alegría y en cuyos labios no moría el chiste, se veía serio y solemne bajo su casquete de terciopelo, en verdad avejentado, su voz nos sonaba como asordinada y tal vez podíamos comprender que unos extranjeros malintencionados pudieran tachar de teatral a toda la conferencia. Quienes así hablaban acaso estuvieran habituados a la soltura de la conferencia clínica alemana u olvidaran que Charcot pronunciaba por semana *sólo una conferencia*, que podía entonces preparar con esmero.

Pero si con esta conferencia solemne, en que todo estaba preparado y debía cumplirse como se había fijado, obedecía probablemente Charcot a una tradición arraigada, sentía también la necesidad de trasmitir a sus oyentes una imagen menos artificiosa de su quehacer. Le servía para ello el consultorio ambulatorio de la clínica, que atendía en per-

[8] Philippe Pinel (1745-1826) fue nombrado médico jefe en la Salpêtrière en 1794, en la época de la Revolución Francesa, iniciando allí un tratamiento más humanitario de los dementes.}

sona durante las llamadas «*leçons du mardi*». Abordaba allí casos que desconocía por completo, se exponía a todas las vicisitudes de un examen, a todos los extravíos de una primera indagación; se despojaba de su autoridad para confesar en ocasiones que este caso no admitía diagnóstico, que en aquel lo habían engañado las apariencias, y nunca parecía más grande a sus oyentes que tras haberse así empeñado, con la más exhaustiva exposición de sus líneas de pensamiento, con la máxima franqueza para admitir sus dudas y reparos, en reducir el abismo entre maestro y discípulos. La publicación de estas conferencias improvisadas de 1887 y 1888, primero en francés, y en la actualidad también en lengua alemana, amplió hasta lo inconmensurable el número de sus admiradores; y ninguna otra obra de neuropatología ha alcanzado entre el público médico un éxito comparable.

Más o menos por la época en que se erigía su clínica y Charcot renunciaba a la cátedra de anatomía patológica, se consumaba en sus inclinaciones científicas un cambio al que debemos lo mejor de sus trabajos, y fue que declaró bastante completa por el momento la doctrina de las enfermedades nerviosas orgánicas, y empezó a consagrar su interés casi exclusivamente a la histeria, que así pasó a ocupar de golpe el centro de la atención general. Esta, la más enigmática de las enfermedades nerviosas, para cuya apreciación los médicos no habían hallado todavía el punto de vista adecuado, había caído por aquella época en un total descrédito, que se extendía tanto a las enfermas como a los médicos que se ocupaban de esa neurosis. En la histeria, se decía, todo es posible, y ya no se quería creer nada a las histéricas. El trabajo de Charcot comenzó devolviendo su dignidad al tema; la gente poco a poco se acostumbró a deponer la sonrisa irónica que las enfermas de entonces estaban seguras de encontrar; ya no serían necesariamente unas simuladoras, pues Charcot, con todo el peso de su autoridad, sostenía el carácter auténtico y objetivo de los fenómenos histéricos. Así él repetía en pequeño la hazaña liberadora en virtud de la cual el retrato de Pinel adornaba la sala de conferencias de la Salpêtrière. Una vez que se disipó el ciego temor de que las pobres enfermas lo volvieran a uno loco, temor que hasta entonces había obstaculizado todo estudio serio de la neurosis, fue posible ponerse a buscar el modo de elaboración que llevara a solucionar el problema por el camino más corto. A un observador enteramente imparcial se habría ofrecido el siguiente anudamiento: Si yo me encuentro con un ser humano que muestra todos los signos de un afecto doloroso, puesto que llora, grita, rabia, mi razonamiento no puede

menos que llevarme a conjeturar en él un proceso anímico cuya exteriorización justificada serían aquellos fenómenos corporales. Mientras que la persona sana podría comunicar la impresión que la aflige, la histérica respondería que no la conoce, y de tal suerte quedaría planteado el problema: ¿a qué se debe que el histérico caiga presa de un afecto sobre cuyo ocasionamiento afirma no saber nada? Si uno mantiene la inferencia de que es forzoso que exista un proceso psíquico correspondiente, pero además da crédito a la aseveración del enfermo, que desmiente ese proceso; y si uno reúne los múltiples indicios de los que surge que el enfermo se comporta como si empero supiese el porqué, si explora su biografía y descubre en esta una ocasión —un trauma— apropiada para producir justamente tales exteriorizaciones afectivas, todo ello impone una solución: el enfermo se encuentra en un particular estado anímico en que ya no todas sus impresiones ni sus recuerdos se mantienen cohesionados en una entramadura única, y en que cierto recuerdo puede exteriorizar su afecto mediante fenómenos corporales sin que el grupo de los otros procesos anímicos, el yo, sepa la razón de ello ni pueda intervenir para impedirlo. La evocación de la diversidad psicológica, por todos conocida, entre el dormir y la vigilia habría podido reducir, por lo demás, la extrañeza de la hipótesis enunciada. Y no se objete que la teoría de una escisión de la conciencia, como solución del enigma de la histeria, estaría demasiado lejos de lo que pudiera imponerse como evidente a nuestro observador imparcial y desprevenido. En efecto, la Edad Media había escogido esta solución declarando que la posesión por un demonio era la causa de los fenómenos histéricos; sólo habría sido preciso sustituir por la terminología científica del presente las expresiones que la religión dictaba en aquella edad oscura y supersticiosa.[9]

Charcot no tomó este camino hacia el esclarecimiento de la histeria, y ello a pesar de que espigó abundantemente en los informes conservados sobre procesos de brujería y de posesión a fin de probar que los fenómenos de la neurosis habían sido en aquel tiempo los mismos que hoy. Trató a la histeria como a cualquier otro tema de la neuropatología, proporcionó la descripción completa de sus fenómenos, demostró en estos una ley y una regla, enseñó a reconocer los síntomas que posibilitaban diagnosticar la histeria. El y sus discípulos emprendieron las más cuidadosas indagaciones so-

[9] [Puntualizaciones semejantes se hallan en un trabajo escrito treinta años después, «Una neurosis demoníaca en el siglo XVII» (1923*d*), *AE*, **19**, pág. 73, donde también se encontrará una referencia a Charcot.]

bre las perturbaciones que la histeria produce en la sensibilidad de la piel y los tejidos profundos, la conducta de los órganos sensoriales, las peculiaridades de las contracturas y parálisis histéricas, las perturbaciones tróficas y las alteraciones del metabolismo. Se describieron las múltiples formas del ataque histérico, formulando un esquema que mostraba la articulación típica del gran ataque histérico [*«grande hystérie»*] en cuatro estadios, y se recondujeron a ese tipo los ataques «pequeños» comúnmente observados [*«petite hystérie»*]. De igual modo, se estudiaron la situación y frecuencia de las llamadas «zonas histerógenas», su vínculo con los ataques, etc. Y sobre la base de todas estas noticias acerca de la manifestación de la histeria se hizo una serie de sorprendentes descubrimientos; se halló histeria en el sexo masculino, en particular entre los varones de la clase obrera, con una frecuencia que no se habría sospechado, y fue posible convencerse de que pertenecían a la histeria ciertos casos fortuitos que se atribuían al alcohol o al saturnismo; también se pudo subsumir bajo aquella todo un número de afecciones que permanecían aisladas e incomprendidas, así como separar lo propio de la histeria cuando esta neurosis se había conjugado en cuadros complejos con otras afecciones. Y del mayor alcance fueron, sin duda, las investigaciones sobre las afecciones nerviosas sobrevenidas tras graves traumas, las «neurosis traumáticas» cuya concepción hoy todavía se discute y respecto de las cuales Charcot sustentó con éxito su relación con la histeria.

Después que las últimas extensiones del concepto de la histeria hubieron llevado tan a menudo a desestimar diversos diagnósticos etiológicos, nació la necesidad de profundizar en la etiología de la histeria. Charcot propuso para ella una fórmula simple: la herencia cuenta como única causa; de acuerdo con ello, la histeria es una forma de la degeneración, un miembro de la *«famille névropathique»*; todos los otros factores etiológicos desempeñan el papel de causas de oportunidad, de *«agents provocateurs»*.[10]

Desde luego que este gran edificio no se pudo erigir sin desatar una contradicción violenta, pero eran las objeciones infecundas de una vieja generación que no quería saber nada de alterar sus opiniones; los más jóvenes entre los neuropatólogos, incluso en Alemania, aceptaron en mayor o menor medida las doctrinas de Charcot. Este último estaba total-

[10] [Freud sometió esta concepción a una minuciosa crítica en «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), *infra*, págs. 143 y sigs.]

mente seguro del triunfo de sus doctrinas acerca de la histeria; si se pretendía objetarle que los cuatro estadios del ataque, la histeria en varones, etc., no se observaban fuera de Francia, aducía permanentemente que él mismo había pasado por alto esas cosas y repetía que la histeria era idéntica en todas partes y en todos los tiempos. Frente al reproche de que los franceses eran una nación mucho más nerviosa que otras, y de que la histeria constituía por así decir una mala costumbre nacional, se mostraba muy susceptible, y pudo alegrarse mucho cuando cierta publicación «sobre un caso de epilepsia refleja» en un granadero prusiano le posibilitó diagnosticar a la distancia una histeria.

En un punto de su trabajo superó Charcot aun el nivel de su restante tratamiento de la histeria y dio un paso que le asegura para siempre la fama de ser el primero que explicó la enfermedad. Empeñado en el estudio de las parálisis histéricas que se generan después de traumas, se le ocurrió reproducirlas artificialmente luego de haberlas diferenciado con esmero de las parálisis orgánicas. Para ello se valió de pacientes histéricos a quienes ponía en estado de sonambulismo mediante hipnosis. Consiguió demostrar, con un razonamiento sin lagunas, que esas parálisis eran consecuencia de representaciones que en momentos de particular predisposición habían gobernado el cerebro del enfermo. Así quedaba esclarecido por primera vez el mecanismo de un fenómeno histérico. Y esta magnífica pieza de investigación clínica fue retomada después por su propio discípulo Pierre Janet, así como por Breuer y otros, para esbozar una teoría de la neurosis que coincide con la concepción medieval tras sustituir por una fórmula psicológica el «demonio» de la fantasía eclesiástica.

Que Charcot se ocupara de los fenómenos hipnóticos en histéricos redundó en el máximo beneficio para este ámbito significativo de hechos hasta entonces descuidados y despreciados, pues con el peso de su nombre aventaba de una vez para siempre toda duda en la realidad de los fenómenos hipnóticos. No obstante, este tema psicológico puro no era conciliable con el tratamiento exclusivamente nosográfico que recibió en la escuela de la Salpêtrière. La limitación del estudio de la hipnosis a los histéricos, el distingo entre hipnotismo grande y pequeño, la formulación de los tres estadios de la «gran hipnosis» y su singularización mediante fenómenos somáticos, todo ello perdió en la estima de los contemporáneos cuando Bernheim, discípulo de Liébeault, comenzó a edificar la doctrina del hipnotismo sobre una base psicológica más amplia y a hacer de la sugestión el núcleo

de la hipnosis. Sólo aquellos opositores al hipnotismo que se conformaban con encubrir su falta de experiencia propia invocando una autoridad siguieron sosteniendo las formulaciones de Charcot y prefirieron tomar por base una manifestación que este había hecho en sus últimos años, diciendo que la hipnosis carecía de toda significatividad como medio terapéutico.[11]

También serían pronto impugnadas y rectificadas las teorías etiológicas que Charcot sustentó con su doctrina de la «*famille névropathique*», y que él había convertido en fundamento de toda su concepción sobre las enfermedades nerviosas. Tanto sobrestimaba Charcot el papel causal de la herencia que no dejó espacio alguno para la adquisición de neuropatías; asignó a la sífilis sólo un modesto lugar entre los «*agents provocateurs*», y no separó las afecciones nerviosas orgánicas de las neurosis con la suficiente nitidez en el campo de la etiología ni en ningún otro. Es inevitable que el progreso de nuestra ciencia, con la multiplicación de nuestros conocimientos, desvalorice mucho de lo que Charcot nos ha enseñado; pero ningún cambio de los tiempos o de las opiniones podrá menoscabar la fama del hombre por quien hoy —en Francia y en otros países— hacemos duelo.

Viena, agosto de 1893

11 [Cabe señalar que en su prólogo a su traducción del libro de Bernheim, *De la suggestion*. . ., Freud se mostró decididamente contrario a los puntos de vista de ese autor. (*Cf.* Freud, *1888-89*, *AE*, **1**, págs. 89-91.) Insistió con más vigor aún en estas críticas treinta años más tarde, en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921*c*), *AE*, **18**, págs. 85 y 121*n*.]

# Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos[1]
(1893)

# Nota introductoria

## «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene»

*Ediciones en alemán*

1893 *Wien. med. Presse*, **34**, nº 4, págs. 121-6, y nº 5, págs. 165-7. (22 y 29 de enero.)
1972 *SA*, **6**, págs. 9-24.

*Traducción en castellano**

1956 «Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos». *RP*, **13**, nº 3, págs. 266-76.

Aparentemente, este texto no tuvo hasta la fecha ninguna reimpresión en su idioma original.

Aunque encabezan el manuscrito las palabras «Por el Dr. Josef Breuer y el Dr. Sigmund Freud, de Viena», se trata en verdad de la versión taquigráfica de una conferencia pronunciada por Freud, versión que él revisó después. Se ocupa del mismo tema (y a menudo en términos semejantes) que la célebre «Comunicación preliminar» (1893*a*) de ambos, que ha hallado apropiado lugar en el volumen 2 de la *Standard Edition*, al comienzo de *Estudios sobre la histeria* (1895*d*); sin embargo, esta conferencia presenta todos los signos de ser obra exclusiva de Freud.

La «Comunicación preliminar» fue publicada en una revista de Berlín, *Neurologisches Zentralblatt*, en las entregas del 1º y el 15 de enero de 1893. (Fue de inmediato reimpresa en *Wiener medizinische Blätter*, de Viena, el 19 y 26 de enero.) Freud pronunció su conferencia en una reunión del Club Médico de Viena el 11 de enero, vale decir,

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n*. 6.}

antes de que apareciese la segunda parte de la «Comunicación preliminar».

Tal vez lo más digno de nota en esta conferencia es la preponderancia que se da en ella al factor traumático entre las causas supuestas para la histeria. Esto prueba, desde luego, la fuerte gravitación de Charcot en las ideas de Freud. La intelección del papel desempeñado por las «mociones pulsionales» aún era cosa del futuro.

James Strachey

Señores: Hoy me presento ante ustedes con el propósito de reseñarles un trabajo cuya primera parte ya se ha publicado en *Zentralblatt für Neurologie* con las firmas de Josef Breuer y mía. Su título ya les advierte que se trata de la patogénesis de los síntomas histéricos, y que los fundamentos más directos para la génesis de síntomas histéricos han de buscarse en el ámbito de la vida psíquica.

Pero antes de adentrarme en el contenido de este trabajo escrito en colaboración, me veo precisado a situarlo y a mencionarles el autor y el descubrimiento que tomamos como punto de partida, al menos en cuanto al asunto, pues el desarrollo de nuestro aporte fue por entero independiente.

Saben ustedes, señores, que todos nuestros recientes progresos en la inteligencia y el discernimiento de la histeria se remontan a los trabajos de Charcot. En la primera mitad de la década de 1880, Charcot empezó a dedicar su atención a la «gran neurosis», como denominan los franceses a la histeria. En una serie de investigaciones consiguió demostrar una regularidad y una ley donde la observación clínica deficiente o desatenta de otros sólo había visto simulación o enigmática arbitrariedad. Puede decirse que a la incitación de él se remonta, de manera directa o indirecta, todo lo nuevo que en el último tiempo hemos averiguado sobre la histeria. Pero entre los múltiples trabajos de Charcot, el que yo más estimo es aquel en que nos enseñó a comprender las parálisis traumáticas que aparecen en la histeria; y puesto que de este trabajo, justamente, se presenta el nuestro como una continuación, me dispensarán si vuelvo a tratar con detalle este tema ante ustedes.

1 {Corresponde a la llamada que aparece en el título, *supra*, pág. 25.} Conferencia pronunciada por el Dr. Sigm. Freud en una reunión del Wiener medizinischer Club {Club Médico de Viena}, el 11 de enero de 1893. Versión taquigráfica especial de *Wiener medizinische Presse*, revisada por el conferencista. [Esta nota apareció en la publicación original.]

Supongan un individuo hasta cierto momento sano, quizá libre de toda tara hereditaria, que es sorprendido por un trauma. Este trauma debe cumplir ciertas condiciones; tiene que ser grave, o sea, de tal índole que a él se conecte la representación de un peligro mortal, una amenaza para la existencia; empero, no ha de serlo en el sentido de que a raíz de él cese la actividad psíquica, pues en tal caso no sobrevendrá el efecto que de él esperamos; por ejemplo, no debe ir acompañado de una conmoción cerebral ni de una lesión real grave. Además, ese trauma debe tener una relación particular con una parte del cuerpo. Supongan ustedes que un pesado madero cae sobre la espalda de un obrero. El golpe lo arroja al suelo, pero pronto él se convence de que no fue nada y regresa a su casa con una leve magulladura. Pasadas unas semanas o unos meses, despierta una mañana y nota que el brazo donde recibió el trauma está dormido, pende paralizado, siendo que en el período intermedio, en el período de incubación por así decir, lo había usado perfectamente. Si es un caso típico, puede suceder que le sobrevengan unos peculiares ataques, que el individuo, luego de un aura,[2] de pronto se quebrante, rabie, delire, y si en ese delirio habla, de lo que dice se deduce que en su interior se repite la escena del accidente, tal vez adornada con diversos fantasmas {*Phantasme*}. ¿Qué ha ocurrido aquí, cómo se explica este fenómeno?

Charcot aclara este proceso reproduciéndolo, produciendo artificialmente la parálisis en un enfermo. Para ello hacen falta un enfermo que ya se encuentre en un estado histérico, la condición de la hipnosis y el recurso de la sugestión. Charcot pone en hipnosis profunda a uno de estos enfermos, le da un golpecito en el brazo, el brazo se cae, queda paralizado, y muestra exactamente los mismos síntomas que en la parálisis traumática espontánea. El golpe también puede ser sustituido por una sugestión verbal directa: «Oye, tu brazo está paralizado»; y también en este caso muestra la parálisis idéntico carácter.

Intentemos establecer una analogía entre los dos casos. Aquí el trauma, allí la sugestión traumática; el efecto último, la parálisis, es el mismo en ambos. Si el trauma de un caso puede ser sustituido, en otro, por la sugestión verbal, ello conduce a suponer que también en la parálisis traumática espontánea una representación semejante fue responsable de su génesis, y de hecho cierto número de enfermos

[2] [Las sensaciones premonitorias que preceden a un ataque epiléptico o histérico.]

informan que en el momento del trauma tuvieron realmente la sensación de que se les había destrozado el brazo. Entonces realmente el trauma sería de todo punto equiparable a la sugestión verbal. Pero falta todavía una tercera cosa para completar la analogía. A fin de que la representación «el brazo está paralizado» pudiera provocar realmente una parálisis en el enfermo, sería necesario que este se encontrara en el estado de la hipnosis. Ahora bien, el obrero no se encontraba en ese estado; no obstante, podemos suponer que durante el trauma era el suyo un particular estado mental, y Charcot se inclina a equiparar este afecto al estado hipnótico artificialmente provocado. Así la parálisis traumática espontánea queda explicada completamente, y establecida su analogía con la parálisis producida por sugestión; la génesis del síntoma está determinada de manera unívoca por las circunstancias del trauma.

Además, Charcot repitió este mismo experimento para explicar las contracturas y dolores que aparecen en una histeria traumática, y yo diría que difícilmente en otro punto haya penetrado en la inteligencia de la histeria tan hondo como aquí. Pero su análisis termina con esto; no averiguamos cómo se generan otros síntomas, ni, sobre todo, cómo se producen los síntomas histéricos en la histeria común, no traumática.

Señores: Más o menos por la misma época en que Charcot iluminaba de esta manera las parálisis histero-traumáticas, el doctor Breuer, en 1880-82, prestaba asistencia médica a una joven dama que, mientras cuidaba a su padre enfermo, y por una etiología no traumática, había contraído una histeria grave y complicada, con parálisis, contracturas, perturbaciones del lenguaje y de la visión y toda clase de particularidades psíquicas.[3] Este caso conservará su significación para el historial de la histeria, pues fue el primero en que el médico consiguió iluminar todos los síntomas del estado histérico, averiguar el origen de cada uno de ellos y al mismo tiempo hallar el camino para que ese síntoma tornara a desaparecer; fue, por así decir, el primer caso de histeria que se volvió trasparente. El doctor Breuer se reservó para sí las conclusiones que de ese caso se podían extraer hasta que tuvo la certidumbre de no estar aislado. Después que en 1886 yo hube regresado de mi período de estudio junto

[3] [Se trata, por supuesto, de la señorita «Anna O.», el primero de los historiales clínicos de *Estudios sobre la histeria* (1895*d*).]

a Charcot,[4] empecé, en permanente acuerdo con Breuer, a hacer observaciones exactas en una gran serie de enfermos histéricos y a examinarlos en el sentido dicho. Hallé que la conducta de aquella primera paciente era, de hecho, típica, y se estaba autorizado a trasferir a un número elevado de histéricos, si no a la totalidad de ellos, las conclusiones que ese caso legitimaba.

Nuestro material se componía de casos de neurosis común, o sea, no traumática; procedíamos averiguando para cada síntoma las circunstancias bajo las cuales había aparecido la primera vez, y así procurábamos aclararnos también el ocasionamiento que pudo ser decisivo para ese síntoma. Pero no crean ustedes que es un trabajo simple. Si se indaga a los pacientes en este aspecto, las más de las veces no se recibe al comienzo respuesta alguna; en una pequeña serie de casos los enfermos tienen sus razones para no decir lo que saben, pero en un número mayor no tienen de hecho vislumbre alguna sobre la entramadura de los síntomas. Es fragoso el camino que lleva a averiguar algo; helo aquí: es preciso poner a los enfermos en estado de hipnosis y entonces inquirirles por el origen de cierto síntoma, cuándo apareció por primera vez y qué recuerdan a raíz de ello. En este estado regresa el recuerdo que no poseen en el estado de vigilia. De esta manera hemos conseguido averiguar que tras los fenómenos de la histeria —la mayoría de ellos, si no todos— se esconde una vivencia teñida de afecto, y que además esa vivencia es de tal índole que permite comprender sin más el síntoma a ella referido; que, por tanto, también este síntoma está unívocamente determinado. Ahora ya puedo formular la primera tesis a que hemos arribado, si es que ustedes me permiten equiparar esta vivencia teñida de afecto a aquella gran vivencia traumática que está en la base de la histeria traumática: *Existe una total analogía entre la parálisis traumática y la histeria común, no traumática.* La única diferencia es que allí intervino un gran trauma, mientras que aquí rara vez se comprueba un solo gran suceso, sino que se asiste a una serie de sucesos plenos de afecto: toda una historia de padecimiento. Ahora bien, no tiene nada de forzado equiparar esa historia de padecimiento que en ciertos histéricos se averigua como factor ocasionador, con aquel accidente de la histeria traumática; en efecto, hoy ya nadie duda de que tampoco en el gran trauma mecánico de la histeria traumática es el factor mecánico el eficaz, sino

[4] [Durante el invierno de 1885-86, Freud trabajó en la Salpêtrière de París.]

que lo es el afecto de terror, el trauma psíquico. Nuestro primer resultado, pues, es que el esquema de la histeria traumática, como Charcot lo formuló para las parálisis histéricas, vale universalmente para todos los fenómenos histéricos, o, al menos, para la mayoría de ellos; dondequiera, se trata del efecto de unos *traumas psíquicos* que comandan de manera unívoca la naturaleza de los síntomas así generados.

Permítanme presentarles ahora ejemplos. Primero, uno para la aparición de contracturas. La ya mencionada paciente de Breuer registró durante todo el tiempo de su enfermedad una contractura en el brazo derecho. En la hipnosis se averiguó que en la época en que aún no había caído enferma sufrió cierta vez el siguiente trauma: Estaba sentada en duermevela junto al lecho de su padre enfermo, *pendiente su brazo* derecho sobre el respaldo de la silla, a raíz de lo cual este se le durmió. En ese momento tuvo una terrorífica alucinación que quiso apartar con su brazo, sin conseguirlo. Esto la espantó mucho, pero el asunto quedó cerrado por el momento. Sólo con el estallido de la histeria sobrevino la contractura de ese brazo.[5] En otra enferma yo observé un peculiar chasquido de la lengua, semejante al que produce el urogallo en celo, que ella hacía mientras hablaba.[6] Yo había tomado noticia de ese síntoma desde hacía meses, pero lo consideraba un mero tic. Sólo cuando de manera casual en la hipnosis inquirí por su origen, se supo que el ruido había aparecido, las primeras veces, en dos oportunidades en que ella había concebido el firme designio de guardar estricto silencio. Una vez, cuidaba a su hija gravemente enferma —el cuidado de enfermos es de presencia frecuente en la etiología de la histeria—, que acababa de conciliar el sueño, y se propuso no despertarla mediante ruido alguno. Pero el miedo al hecho se volcó en la acción (¡voluntad contraria histérica!)[7] y, apretando los labios uno con otro, produjo aquel chasquido de lengua. El mismo sín-

5 [Se encontrará un relato más circunstanciado en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 62-3.]

6 [Se refiere a Emmy von N., segundo de los historiales clínicos de *Estudios sobre la histeria.* — Un ornitólogo describe el canto del urogallo diciendo que termina «en un tictic acompañado de un restallido y siseo» (Fisher, 1955, **3**, pág. 46). — Se informa más extensamente sobre este peculiar síntoma en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 72, 76 y 80.]

7 [Poco tiempo atrás, Freud había publicado un artículo en que analizaba este fenómeno, con idéntico ejemplo: «Un caso de curación por hipnosis» (1892-93). — En ese mismo artículo se encontrarán, en una nota mía al pie (*AE*, **1**, pág. 159), algunos comentarios sobre el uso por parte de Freud del término «fijar», que aparece a continuación en el presente texto.]

toma le nació por segunda vez muchos años después, cuando de igual modo se había propuesto guardar estricto silencio, y desde entonces le quedó. A menudo, un ocasionamiento solo no alcanza para fijar un síntoma, pero si este mismo síntoma se presenta varias veces con un cierto afecto, luego se fija y permanece.

Uno de los síntomas más frecuentes de la histeria es la anorexia y el vómito. Conozco toda una serie de casos que explican de manera simple el surgimiento de ese síntoma. Así, una enferma, que había leído una carta mortificante inmediatamente antes de comer, después de hacerlo vomitó todo, y el vómito persistió luego. En otros casos, el asco a la comida se puede referir con toda exactitud al hecho de que la persona, obligada por la institución de la mesa compartida, come con otras a quienes aborrece. El asco se trasfiere luego de la persona a la comida. Particularmente interesante en este sentido fue aquella dama del tic, ya mencionada; esta señora comía poquísimo, y sólo forzada; en la hipnosis me enteré de que una serie de traumas psíquicos habían terminado por producirle este síntoma, el asco a la comida.[8] Ya de niña, su madre, muy severa, cuando ella rechazaba la carne en el almuerzo la obligaba a comerla dos horas después de levantada la mesa, fría, con la grasa endurecida; lo hacía con gran asco, y conservó el recuerdo de ello, de suerte que más tarde, cuando ya no estaba sujeta a ese castigo, seguía yendo a la mesa con asco. Unos diez años después, compartía la mesa con un familiar que estaba tuberculoso y mientras comía escupía de continuo en la salivadera por encima de los platos; trascurrido algún tiempo, estuvo forzada a comer con un familiar que, según ella sabía, padecía una enfermedad contagiosa. La paciente de Breuer se comportó durante un lapso como una hidrofóbica; en la hipnosis se averiguó, como fundamento de ello, que una vez impensadamente había visto a un perro beber de su vaso de agua.[9]

También el síntoma del insomnio y la perturbación del dormir encuentran las más de las veces una exactísima explicación. Por ejemplo, una señora durante años sólo podía dormirse hacia las seis de la mañana. Por mucho tiempo había dormido puerta por medio con su marido enfermo, que se levantaba a las seis. Después de ese momento hallaba sosiego para dormir, y siguió comportándose de ese modo

8 [Cf. *AE*, **2**, págs. 100-2.]

9 [Fue esta la primera vez que se suprimió un síntoma mediante catarsis; el procedimiento fue propuesto por la misma paciente de manera espontánea. (Cf. *ibid.*, págs. 58-9.)]

muchos años más tarde, en el curso de una afección histérica.

Otro caso se refiere a un hombre. Cierto histérico duerme muy mal desde hace doce años; pero su insomnio es de índole muy peculiar: duerme notablemente bien en verano, pero lo hace muy mal en invierno, sobre todo en noviembre. No tiene vislumbre alguna de la trama en que esto pueda insertarse. Por el examen se averigua que doce años atrás, en noviembre, pasó en vela muchas noches junto a su hijo enfermo de difteria.

Un ejemplo de perturbación del lenguaje nos lo ofrece la ya varias veces mencionada paciente de Breuer. Durante un largo período de su enfermedad, ella sólo hablaba inglés; al alemán no lo hablaba ni lo comprendía. Este síntoma se pudo reconducir a un suceso todavía anterior al estallido de su enfermedad. En un estado de gran angustia, intentaba orar, pero no hallaba palabras. Por fin se le ocurrieron algunas palabras de una plegaria infantil inglesa. Cuando luego enfermó, sólo dispuso de la lengua inglesa.[10]

No en todos los casos es tan trasparente la determinación del síntoma por el trauma psíquico. A menudo, ella sólo consiste en una referencia simbólica, digamos así, entre el ocasionamiento y el síntoma histérico. Esto es particularmente válido para los dolores. Así, una enferma[11] padecía de penetrantes dolores en el entrecejo. La razón era que una vez, de niña, su abuela la escudriñó «penetrándola» con la mirada. Esta misma paciente sufrió algún tiempo de unos fuertes dolores, totalmente inmotivados, en el talón derecho. Se averiguó que esos dolores estaban referidos a una representación que la paciente tuvo cuando la presentaban en sociedad; la sobrecogió en ese momento la angustia de no «entrar con el pie derecho» o de no «andar derecha». A tales simbolizaciones han recurrido muchos pacientes en toda una serie de sedicentes neuralgias y dolores. Existe, por así decir, un propósito de expresar el estado psíquico mediante uno corporal, para lo cual el uso lingüístico ofrece los puentes. Precisamente para los síntomas histéricos típicos, como hemianestesia, estrechamiento del campo visual, convulsiones epileptiformes, etc., no es posible comprobar un mecanismo psíquico de esta índole. En cambio, a menudo lo hemos conseguido en el caso de las zonas histerógenas.

Con estos ejemplos, que yo he espigado de una serie de observaciones, quedaría aportada la prueba de que es lícito

[10] [Cf. *ibid.*, pág. 62.]

[11] [La señora Cäcilie M., cuyos síntomas «simbólicos» se examinan en los *Estudios*, *ibid.*, págs. 189-93.]

concebir los fenómenos de la histeria común, sin vacilaciones, siguiendo el mismo esquema válido para la histeria traumática; que, por tanto, toda histeria puede concebirse como una histeria traumática en el sentido del trauma psíquico, y que todo fenómeno está determinado con arreglo a la índole del trauma.

Pero he aquí, entonces, la siguiente cuestión que se debería responder: ¿De qué índole es el nexo causal entre aquella ocasión que hemos averiguado en la hipnosis y el fenómeno que permanece luego como síntoma histérico duradero? Ese nexo podría ser múltiple. ¿Acaso del tipo que llamaríamos de «desencadenamiento»? Por ejemplo, si alguien predispuesto a la tuberculosis recibe un golpe en la rodilla, a consecuencia del cual se le desarrolla una inflamación articulatoria tuberculosa, se tratará de un desencadenamiento simple. Ahora bien, en la histeria las cosas no se producen así. Existe además otra modalidad de causación, y es la directa. Ilustrémosla mediante la imagen del cuerpo extraño. Un cuerpo tal opera como causa estimulatoria patológica, y lo hace de continuo hasta que es removido. «*Cessante causa cessat effectus*».* La observación de Breuer enseña que entre el trauma psíquico y el fenómeno histérico existe un nexo de esta última clase. En efecto, con su primera paciente él hizo esta experiencia: El intento de averiguar el ocasionamiento de un síntoma es al mismo tiempo una maniobra terapéutica. El momento en que el médico se entera de la oportunidad en que cierto síntoma apareció por primera vez, y de aquello por lo cual estuvo condicionado, es también el momento en que este síntoma desaparece. Si, por ejemplo, un enfermo ofrece el síntoma de unos dolores, y en la hipnosis rastreamos de dónde le vienen estos, le acudirán una serie de recuerdos. Si se consigue llevar al enfermo hasta un recuerdo bien vívido, él verá las cosas ante sí con su realidad efectiva originaria; uno nota entonces que el enfermo está totalmente gobernado por un afecto, y si se lo constriñe a expresar en palabras ese afecto, se verá que, al par que él produce un afecto violento, vuelve a aparecerle muy acusado aquel fenómeno de los dolores, y desde ese preciso instante el síntoma desaparece como síntoma permanente. Así se plasmó el proceso en todos los ejemplos citados. Así se averiguó el interesante hecho de que el recuerdo de aquel suceso era mucho, muchísimo más vivo que el de otros, y que el afecto a él conectado era tan grande como acaso lo fue al producirse la vivencia real y

* {«Cuando cesa la causa, cesa el efecto».}

efectiva. Es preciso suponer que ese trauma psíquico sigue produciendo efectos en el individuo en cuestión, da sustento al fenómeno histérico, y llega a su término tan pronto como el paciente se ha declarado sobre él.

Acabo de señalar que, tras dar con el trauma psíquico mediante nuestro procedimiento de exploración hipnótica, uno halla que el recuerdo en cuestión posee una intensidad desacostumbrada y ha conservado su pleno afecto. Se nos plantea ahora saber por qué un suceso ocurrido hace tanto tiempo, quizá diez o veinte años antes, sigue exteriorizando de manera continua su imperio sobre el individuo, por qué tales recuerdos no se van disipando por desgaste, no sucumben al olvido. Para responder a este problema anticiparé algunas reflexiones sobre las condiciones bajo las cuales se desgasta el contenido de nuestro representar.

Aquí se puede partir de la siguiente tesis: Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo que por el momento llamaremos la «suma de excitación».[12] Ahora bien, en todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empequeñecer esa suma de excitación.[13] El acrecentamiento de la suma de excitación acontece por vías sensoriales, su empequeñecimiento por vías motrices. Se puede entonces decir que si a alguien le sobreviene algo, reacciona a ello por vía motriz. Y es posible aseverar sin titubeos que de esta reacción depende cuánto restará de la impresión psíquica inicial. Elucidemos esto con un ejemplo. Un hombre experimenta una ofensa, le dan una bofetada o algo así; entonces, el trauma psíquico se conecta con un acrecentamiento de la suma de excitación del sistema nervioso. Así las cosas, instintivamente le nace la inclinación a aminorar enseguida esta excitación acrecentada; devuelve, pues, la bofetada, y de ese modo queda más aliviado; quizá reaccionó de la manera adecuada, o sea, descargó {*abführen*} tanto como le fue cargado {*zuführen*}. Ahora bien, hay distintas modalidades para esta reacción. Para levísimos acrecentamientos de excitación quizá basten unas alteraciones del cuerpo propio: llorar, insultar, rabiar, etc. Y mientras más intenso el trauma psíquico, tanto más grande la reacción adecuada. Pero la reacción adecuada es siempre la acción. Sin embargo, un autor inglés lo señala con chispa: el pri-

[12] [Véase una nota mía a pie de página en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *infra*, pág. 50, *n.* 10.]

[13] [Enunciación provisional del «principio de constancia»; véase el «Apéndice» que agregué a *ibid.*, *infra*, pág. 65.]

mero que en vez de arrojar una flecha al enemigo le lanzó un insulto fue el fundador de la civilización;[14] de ese modo, la palabra es el sustituto de la acción, y en ciertas circunstancias (confesión) el único sustituto. Por tanto, junto a la reacción adecuada hay una menos adecuada. Y si la reacción a un trauma psíquico está totalmente interceptada, el recuerdo de él conserva el afecto[15] que en su origen tuvo. Si un ofendido no puede devolver la afrenta, ni dando a su vez una bofetada ni por medio de un insulto, se crea la posibilidad de que el recuerdo de ese suceso vuelva a convocarle el mismo afecto que estuvo presente al comienzo. Una afrenta devuelta, aunque sólo sea de palabra, se recuerda de otro modo que una que se debió tolerar, y es característico que la lengua llame «mortificación»* a este padecer tolerado calladamente. Así las cosas, si la reacción frente al trauma psíquico tuvo que ser interrumpida por alguna razón, aquel conserva su afecto originario, y toda vez que el ser humano no puede aligerarse del aumento de estímulo mediante «abreacción»[16] está dada la posibilidad de que el suceso en cuestión se convierta en un trauma psíquico. El mecanismo psíquico sano tiene por cierto otros medios para tramitar el afecto de un trauma psíquico, por más que le sean denegadas la reacción motriz y la reacción mediante palabras: el procesamiento asociativo, la tramitación por medio de representaciones contrastantes. Si el ofendido no devuelve la bofetada ni insulta, puede sin embargo aminorar el afecto de la ofensa evocando en su interior unas representaciones contrastantes sobre su propia dignidad y la nula valía del ofensor, etc. Ahora bien, ya sea que la persona sana tramite la ofensa de una manera o de la otra, siempre llega al resultado de que el afecto que en el origen estaba intensamente adherido al recuerdo pierda al fin intensidad, y el recuerdo mismo, ahora despojado de afecto, sucumba con el tiempo al olvido, al desgaste.[17]

[14] [Como ha apuntado Andersson (1962, págs. 109-10), alude aquí a una frase de Hughlings Jackson. Una acotación semejante de Lichtenberg es citada por Freud en su libro sobre el chiste (1905*c*), *AE*, **8**, págs. 96-7.]

[15] [Aquí y algunas líneas más abajo, la publicación original en alemán reza «*Effekt*» {«efecto»}, casi con certeza una errata.]

* {«*Kränkung*»; de la misma raíz que «*Krankheit*», «enfermedad».}

[16] [El término fue introducido en la «Comunicación preliminar» (*1893a*), *AE*, **2**, pág. *34*.]

[17] [En el «Proyecto de psicología» escrito poco después, en 1895, Freud hizo una descripción muy pormenorizada del mecanismo por el cual el recuerdo «no domeñado», como allí lo llamó, se vuelve

Pues bien: hemos descubierto que en el histérico, simplemente, hay unas impresiones que no se despojaron de afecto y cuyo recuerdo ha permanecido vívido. Así llegamos a la conclusión de que estos recuerdos devenidos patógenos ocupan en el histérico una posición excepcional frente al desgaste, y la observación muestra que todas las ocasiones que han devenido causas de fenómenos histéricos son unos traumas psíquicos que no fueron abreaccionados por completo, no fueron por completo tramitados. Podemos decir entonces que *el histérico padece de unos traumas psíquicos incompletamente abreaccionados.*

Hallamos dos grupos de condiciones bajo las cuales ciertos recuerdos devienen patógenos.[18] En uno de ellos, descubrimos como contenido de los recuerdos a que los fenómenos histéricos se remontan unas representaciones de índole tal que el trauma fue demasiado grande, y tanto que el sistema nervioso no tuvo poder para tramitarlo de ninguna manera; además, representaciones frente a las cuales razones sociales imposibilitan la reacción (como es tan frecuente en la vida conyugal); por último, es posible que la persona afectada rehúse simplemente la reacción, no *quiera* reaccionar frente a un trauma psíquico. Así, a menudo se encuentra como contenido de los delirios histéricos justamente aquel círculo de representación que los enfermos en el estado normal han arrojado de sí, inhibido y sofocado con toda violencia (p. ej., blasfemias y erotismo en los delirios histéricos de las monjas). Pero en otro grupo de casos el motivo de que falte la reacción motriz no reside en el contenido del trauma psíquico, sino en otras circunstancias. Muchas veces descubrimos como contenido y causa de fenómenos histéricos unas vivencias que en sí y por sí son del todo ínfimas, pero han cobrado una alta significatividad por sobrevenir en momentos particularmente importante de una predisposición patológicamente acrecentada. Por ejemplo, el afecto del terror se ha producido dentro de otro afecto grave, y así alcanzó aquella significatividad. Tales estados son efímeros y están, por así decir, fuera de comercio con la restante vida psíquica del individuo. En un estado tal, de autohipnosis, el individuo

«domeñado» (Freud, 1950*a*), *AE*, **1**, págs. 429-31. Véase también una nota a pie de página agregada en 1907 al último capítulo de *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*), *AE*, **6**, pág. 266.]

18 [Estos dos grupos darían origen a la principal divergencia entre las concepciones de Breuer y las de Freud. El primero de ellos entrañaba la idea de «defensa», base de toda la obra posterior de Freud, quien muy pronto habría de rechazar la hipótesis de los «estados hipnoides» postulada por Breuer.]

no puede dar trámite asociativo como en el estado vigil a una representación que le sobrevenga. El asiduo estudio de estos fenómenos nos ha llevado a considerar probable que en toda histeria esté en juego un rudimento de la llamada «*double conscience*», conciencia doble, y que la inclinación a esta disociación y, con ella, al surgimiento de estados anormales de conciencia, que designaríamos «hipnoides», es el fenómeno fundamental de la histeria.

Consideremos ahora el modo en que opera nuestra terapia. Ella solicita {*entgegenkommen*} uno de los más ardientes deseos de la humanidad, a saber, el deseo de tener permitido hacer algo por segunda vez. Alguien ha experimentado un trauma psíquico sin reaccionar suficientemente frente a él; uno se lo hace vivenciar por segunda vez, pero en la hipnosis, y ahora lo constriñe a completar la reacción. Entonces él se aligera del afecto de la representación, que antes estaba por así decir estrangulado, y con ello se cancela el efecto de esa representación. Vale decir que consumando la reacción no tramitada no curamos la histeria, sino síntomas singulares de ella.

No crean, pues, que con esto hemos ganado mucho para la terapia de la histeria. Al igual que las neurosis,[19] también la histeria tiene sus fundamentos más profundos, y son estos los que imponen a la terapia un cierto límite, que con frecuencia es muy sensible.

19 [En este período, Freud solía emplear el término «neurosis» para designar la neurastenia y lo que luego denominaría «neurosis de angustia».]

# Las neuropsicosis de defensa
## (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas,[1] y de ciertas psicosis alucinatorias) (1894)

# Nota introductoria

«Die Abwehr-Neuropsychosen» (Versuch einer psychologischen Theorie der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser halluzinatorischer Psychosen)

*Ediciones en alemán*

1894 *Neurol. Zbl.*, **13**, nº 10, págs. 362-4, y nº 11, págs. 402-9. (15 de mayo y 1º de junio.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 45-59. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 290-305.
1952 *GW*, **1**, págs. 59-74.

*Traducciones en castellano**

1926 (?) «Las neuropsicosis de defensa». *BN* (17 vols.), **11**, págs. 115-32. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **11**, págs. 107-22. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 173-80. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **11**, págs. 85-97. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 173-80. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 169-77. El mismo traductor.

Este trabajo fue resumido por Freud bajo el número XXIX en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897*b*), *infra*, pág. 242.

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n.* 6.}

Freud terminó de redactar el presente artículo en enero de 1894. Había pasado un año desde la aparición de su último trabajo de psicopatología, la «Comunicación preliminar» (1893*a*) escrita en colaboración con Breuer —no tomamos en cuenta el trabajo acerca de las parálisis histéricas (1893*c*), planeado y bosquejado años antes, ni la nota necrológica sobre Charcot (1893*f*)—, y aún habría de transcurrir otro antes de que publicase algo nuevo. Pese a ello, 1893 y 1894 no fueron años ociosos; en 1893, Freud estaba produciendo todavía una cantidad de trabajos neurológicos, y en 1894 comenzó a preparar sus contribuciones para *Estudios sobre la histeria* (1895*d*). Y, como lo demuestran sus cartas a Fliess, en todo este período estuvo intensamente dedicado a investigar lo que ya por entonces había desalojado por completo a la neurología del centro de su interés: los problemas de las neurosis.

Estos problemas se dividían en dos grupos bastante bien diferenciados: los concernientes a lo que más tarde dio en llamar «neurosis actuales» (neurastenia y estados de angustia) —cf. «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*), *infra*, pág. 271— y los vinculados con las «psiconeurosis» (histeria y obsesiones). Debió pasar un año hasta que, a comienzos de 1895, Freud estuvo en condiciones de publicar algo sobre las primeras, mientras que de las segundas ya podía trazar el mapa del terreno abarcado, consecuencia de lo cual es el presente trabajo.[1]

Por supuesto, aún es profunda en él su deuda con Charcot y Breuer; empero, es posible detectar también un primer afloramiento de gran parte de lo que más tarde sería esencial en sus propias concepciones. Por ejemplo, la teoría de la defensa, que había sido brevemente mencionada en la «Comunicación preliminar», recibe por primera vez un amplio tratamiento. El término «defensa», en sí, es inauguralmente utilizado aquí (pág. 49), lo mismo que «conversión» (pág. 50) y «refugio en la psicosis» (pág. 60).[2] Comienza a esbozarse el significativo papel de la sexualidad (pág. 53); se roza la cuestión de la naturaleza de lo «inconciente» (pág. 54); y, lo más importante quizá, se plantea (en la sección II) toda la teoría fundamental de las investiduras

[1] Al final de *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 314-5, se hallará una lista de los principales escritos de Freud sobre la histeria de conversión; una lista similar de sus escritos sobre la neurosis obsesiva figura en *AE*, **10**, págs. 250-1.

[2] La expresión «refugio en la enfermedad» parece presentarse por primera vez en «Apreciaciones generales sobre el ataque histérico» (1909*a*), *AE*, **9**, pág. 209.

psíquicas y su desplazamiento, y se enuncia claramente (en el penúltimo párrafo) la hipótesis sobre la cual descansaba el esquema freudiano.

En un «Apéndice» (págs. 62-8) examinamos con mayor detenimiento cómo fueron surgiendo las concepciones teóricas fundamentales de Freud.

James Strachey

Tras detenido estudio de muchos neuróticos aquejados de fobias y de representaciones obsesivas, se me impuso cierto ensayo explicativo de estos síntomas, que luego me permitió colegir con éxito el origen de tales representaciones patológicas en otros casos, nuevos, y por eso lo he considerado merecedor de ser comunicado y sometido a reexamen. Junto a esta «teoría psicológica de las fobias y representaciones obsesivas», por medio de la observación de los enfermos se dilucidó un aporte a la teoría de la histeria o, más bien, su modificación, que parece dar cuenta de un importante carácter común a la histeria y a las mencionadas neurosis. Además, tuve oportunidad de inteligir algo sobre el mecanismo psicológico de una forma de afección indudablemente psíquica, y a raíz de ello descubrí que el modo de abordaje por mí intentado establece un enlace inteligible entre estas psicosis y las dos neurosis ya indicadas. Como conclusión de este opúsculo, pondré de relieve una hipótesis auxiliar de que me he valido en los tres casos.

# I

Empiezo con aquella modificación que me parece necesario introducir en la teoría de la neurosis histérica.

Que el complejo sintomático de la histeria, hasta donde conseguimos entenderlo hoy, justifica el supuesto de una escisión de la conciencia con formación de grupos psíquicos separados,[2] es cosa que debería ser universalmente aceptada

[1] [{Corresponde a la llamada que aparece en el título, *supra*, pág. 41.} Hago ciertas acotaciones acerca de la traducción del término «*Zwangsvorstellung*» (que Freud utiliza aquí por primera vez) en mi «Nota introductoria» a «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *infra*, pág. 72.]

[2] [El concepto de «grupos psíquicos» fue muy empleado por Freud en esta época. Véase, por ejemplo, el historial de Emmy von N. en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 121. Es interesante notar que en otro lugar de la misma obra (*ibid.*, pág. 91, *n.* 26) usa,

tras los brillantes trabajos de P. Janet, J. Breuer y otros. Menos claras están las opiniones sobre el origen de esa escisión de la conciencia y sobre el papel que ese carácter desempeña en la ensambladura de la neurosis histérica.

Según la doctrina de Janet,[3] la escisión de conciencia es un rasgo primario de la alteración histérica. Tiene por base una endeblez innata de la aptitud para la síntesis psíquica, un estrechamiento del «campo de conciencia» (*«champ de conscience»*), que como estigma psíquico testimonia la degeneración de los individuos histéricos.

En oposición al punto de vista de Janet, que me parece expuesto a muchísimas objeciones, se sitúa el sustentado por Breuer en nuestra «Comunicación».[4] Según Breuer, «base y condición» de la histeria es el advenimiento de unos estados de conciencia peculiarmente oníricos, con una aptitud limitada para la asociación, a los que propone denominar «estados hipnoides». La escisión de conciencia es, pues, secundaria, adquirida; se produce en virtud de que las representaciones que afloran en estados hipnoides están segregadas del comercio asociativo con el restante contenido de conciencia.[5]

Ahora puedo aportar la prueba de otras dos formas extremas de histeria en que la escisión de conciencia en modo alguno puede interpretarse como primaria en el sentido de Janet. Para la primera de esas formas conseguí demostrar repetidas veces que *la escisión del contenido de conciencia es la consecuencia de un acto voluntario del enfermo*, vale decir, es introducida por un empeño voluntario cuyo motivo es posible indicar. Desde luego, no sostengo que el enfermo se proponga producir una escisión de su conciencia; su propósito es otro, pero él no alcanza su meta, sino que genera una escisión de conciencia.

En la tercera forma de histeria, que hemos comprobado mediante el análisis psíquico[6] de enfermos inteligentes, la escisión de conciencia desempeña un papel mínimo, quizá ninguno. Son aquellos casos en que meramente se inter-

aparentemente con el mismo sentido, el término «complejo». Doy algunas referencias sobre la historia de estos términos en mi «Nota introductoria» a «La indagatoria forense y el psicoanálisis» (1906*c*), *AE*, **9**, págs. 84-5.]

[3] Janet, 1892-94 y 1893.

[4] Breuer y Freud, 1893.

[5] [*AE*, **2**, págs. 37-8.]

[6] [El verbo «analizar» ya había sido utilizado en la «Comunicación preliminar» (1893*a*), *AE*, **2**, pág. 33. Aquí encontramos por primera vez «análisis psíquico»; en pág. 54, «análisis clínico-psicológico»; en pág. 60, «análisis hipnótico», y en pág. 76, «análisis psicológico». La palabra «psicoanálisis» hizo su primera aparición en «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), *infra*, pág. 151.]

ceptó la reacción frente al estímulo traumático, y que luego serán tramitados y curados por «abreacción»:[7] las *histerias de retención* puras.

Con miras al anudamiento con las fobias y representaciones obsesivas, sólo he de considerar aquí la segunda forma de la histeria, que, por razones que enseguida se harán evidentes, yo designaré como histeria *de defensa*, separándola así de la histeria *hipnoide* y de la histeria *de retención.*[8] También puedo designar provisionalmente como de histeria «adquirida» mis casos de histeria de defensa; en efecto, en ellos no cabía hablar de una tara hereditaria grave ni una atrofia degenerativa en sentido estricto.

Pues bien; esos pacientes por mí analizados gozaron de salud psíquica hasta el momento en que *sobrevino un caso de inconciliabilidad en su vida de representaciones*, es decir, hasta que se presentó a su yo una vivencia, una representación, una sensación que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla, no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía.

En personas del sexo femenino, tales representaciones inconciliables nacen las más de las veces sobre el suelo del vivenciar y el sentir sexuales, y las afectadas se acuerdan con toda la precisión deseable de sus empeños defensivos, de su propósito de «ahuyentar» {*fortschieben*, «empujar lejos»} la cosa, de no pensar en ella, de sofocarla. He aquí unos ejemplos pertinentes, tomados de mi experiencia, que por otra parte podría multiplicar sin dificultad: El caso de una joven señorita que se echa en cara, mientras cuida a su padre enfermo, pensar en el joven que le ha dejado una leve impresión erótica; el caso de una gobernanta que se había enamorado de su patrón, y resolvió quitarse de la cabeza esa simpatía por parecerle inconciliable con su orgullo, etc.[9]

No puedo aseverar, por cierto, que el empeño voluntario por esforzar a apartarse de los propios pensamientos algo de este tipo constituya un acto patológico; tampoco sé decir

[7] Cf. nuestra comunicación conjunta [(1893*a*), *AE*, **2**, págs. 34-5].

[8] [Cf. *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 222 y 291-2. Esta es la primera aparición del término «defensa», aunque el concepto ya había sido establecido en la «Comunicación preliminar» (1893*a*), *AE*, **2**, pág. 35.]

[9] Estos ejemplos están tomados de mi trabajo en colaboración con Breuer sobre el mecanismo psíquico de la histeria, aún no publicado. [*Estudios sobre la histeria* se publicó al año siguiente de aparecer el presente artículo. El primero de los casos que aquí se mencionan es el de Elisabeth von R. (*AE*, **2**, págs. 151 y sigs.); el segundo, el de Lucy R. (*ibid.*, págs. 124 y sigs.).]

si ese olvido deliberado se logra, o de qué manera se logra, en aquellas personas que permanecen sanas ante las mismas influencias psíquicas. Sólo sé que en los pacientes por mí analizados ese «olvido» no se logró, sino que llevó a diversas reacciones patológicas que provocaron una histeria, o una representación obsesiva, o una psicosis alucinatoria. En la aptitud para provocar mediante aquel empeño voluntario uno de estos estados, todos los cuales se conectan con una escisión de conciencia, ha de verse la expresión de una predisposición patológica, que, empero, no necesariamente es idéntica a una «degeneración» personal o hereditaria.

Acerca del camino que desde el empeño voluntario del paciente lleva a la génesis del síntoma neurótico, me he formado una opinión que acaso en las abstracciones psicológicas usuales se podría expresar así: La tarea que el yo defensor se impone, tratar como «*non arrivée*» {«no acontecida»} la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea lograr *convertir esta representación intensa en una débil*, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita.[10] Entonces esa representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; *empero, la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo.*

Hasta aquí son iguales los procesos en la histeria y en las fobias y representaciones obsesivas; desde este punto, los caminos se separan. En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es *trasponer* {*umsetzen*} *a lo corporal la suma de excitación*, para lo cual yo propondría el nombre de *conversión*.[11]

[10] [«*Behaftet*»; esta es una de varias metáforas (v. gr., «*ausgestattet*» {«dotada» con afecto}, pág. 54) que pronto cederían sitio al término usual «*besetzt*» {«investido»}. Cf. el «Apéndice» agregado al final de este artículo (pág. 63). — Esta parece ser la primera vez que Freud empleó en una publicación suya la frase «suma de excitación», aunque ya había aparecido en la versión taquigráfica de su conferencia del 11 de enero de 1893 (1893*b*, *supra*, pág. 37). Se la encuentra también en su carta a Breuer del 29 de junio de 1892 (Freud, 1941*a*), *AE*, **1**, pág. 184, y en un bosquejo de la «Comunicación preliminar» escrito en noviembre de ese año (1940*d*), *AE*, **1**, pág. 190. El concepto que está en la base de dicha expresión se examina en el penúltimo párrafo de este artículo (*infra*, pág. 61) y en el «Apéndice» que le sigue (págs. 66 y sigs.).]

[11] [Primera aparición del término. Véanse las puntualizaciones de Freud sobre el origen del concepto en «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*), *AE*, **14**, pág. 8.]

La conversión puede ser total o parcial, y sobrevendrá en aquella inervación[12] motriz o sensorial que mantenga un nexo, más íntimo o más laxo, con la vivencia traumática. El yo ha conseguido así quedar exento de contradicción, pero, a cambio, ha echado sobre sí el lastre de un símbolo mnémico[13] que habita la conciencia al modo de un parásito, sea como una inervación motriz irresoluble o como una sensación alucinatoria que de continuo retorna, y que permanecerá ahí hasta que sobrevenga una conversión en la dirección inversa. En tales condiciones, la huella mnémica de la representación reprimida {esforzada al desalojo}[14] no ha sido sepultada {*untergeben*}, sino que forma en lo sucesivo el núcleo de un grupo psíquico segundo.

Sólo añadiré unas pocas palabras para explicitar esta visión sobre los procesos psicofísicos que ocurren en la histeria: Una vez formado en un «momento traumático» ese núcleo para una escisión histérica, su engrosamiento se produce en otros momentos que se podrían llamar «traumáticos auxiliares», toda vez que una impresión de la misma clase, recién advenida, consiga perforar la barrera que la voluntad había establecido, aportar nuevo afecto a la representación debilitada e imponer por un momento el enlace asociativo de ambos grupos psíquicos, hasta que una nueva conversión ofrezca defensa. En la histeria, el estado así alcanzado con respecto a la distribución de la excitación prueba luego, las más de las veces, ser lábil; la excitación esforzada por una vía falsa (hacia la inervación corporal) consigue de tiempo en tiempo volver hasta la representación de la que fue desasida, y entonces constriñe a la persona a su procesamiento asociativo o a su trámite en ataques histéricos, como lo demuestra la notoria oposición entre los ataques y los síntomas permanentes. El efecto del método catártico de Breuer consiste en volver a guiar la excitación, con conciencia de la meta, de lo corporal a lo psíquico, para forzar luego a reequilibrar la contradicción mediante un trabajo de pensamiento y a descargar la excitación por medio del habla.

Si la escisión de conciencia de la histeria adquirida des-

12 [«*Innervation*»; a partir de 1911, en todas las ediciones en alemán figura erróneamente «*Intervention*».]

13 [Esta expresión, introducida aquí por primera vez, fue empleada con frecuencia por Freud en sus primeros escritos, aunque el mejor esclarecimiento que hizo de ella se encuentra en una obra posterior, *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* (1910*a*), *AE*, **11**, págs. 13-4.]

14 [Tanto el término «represión» como el concepto correspondiente estaban presentes ya en la «Comunicación preliminar» (1893*a*), *AE*, **2**, pág. 36.]

cansa en un acto voluntario, se explica con sorprendente facilidad el asombroso hecho de que la hipnosis por regla general ensanche la conciencia estrechada de los histéricos y vuelva asequible el grupo psíquico escindido. En efecto, tenemos noticia de una propiedad de todos los estados semejantes al dormir, y es que ellos cancelan aquella distribución de la excitación sobre la que descansa la «voluntad» de la personalidad conciente.

Según lo expuesto, no discernimos el factor característico de la histeria en la escisión de conciencia, sino en la *aptitud para la conversión*; y tenemos derecho a citar como una pieza importante de la predisposición histérica, que por otra parte nos es desconocida, la capacidad psicofísica para trasladar a la inervación corporal unas sumas tan grandes de excitación.

En sí y por sí, esta capacidad no excluye la salud psíquica, y sólo lleva a la histeria en el caso de una inconciliabilidad psíquica o de un almacenamiento de la excitación. Con este giro nos aproximamos, Breuer y yo, a las consabidas definiciones que de la histeria dieron Oppenheim[15] y Strümpell,[16] y nos apartamos de Janet, quien asigna a la escisión de conciencia un papel desmedido en la característica de la histeria.[17] La exposición aquí ofrecida puede aducir en su favor que permite comprender el nexo de la conversión con la escisión histérica de conciencia.

[15] Según Oppenheim [1890], la histeria es una expresión acrecentada de las emociones. Ahora bien, la «expresión de las emociones» figura aquel monto de excitación psíquica que normalmente experimenta una conversión. [Es probable que este enfoque de las concepciones de Oppenheim y de Strümpell deba atribuirse a Breuer, quien cita estas dos definiciones con aparente aprobación en su contribución a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 255. Dos o tres años más tarde, Freud consignó su divergencia respecto de la opinión de Oppenheim en una carta a Fliess del 6 de diciembre de 1896 (Freud, 1950*a*, Carta 52), *AE*, **1**, pág. 280.]

[16] Strümpell [1892] sostiene que la perturbación histérica se sitúa en lo psicofísico, ahí donde se entraman lo corporal y lo anímico.

[17] El propio Janet, en el segundo capítulo de su ágil ensayo «Quelques définitions...» [1893], consideró la objeción de que la escisión de conciencia es atribuible también a las psicosis y a la llamada «psicastenia». En mi opinión, sin embargo, no la ha solucionado satisfactoriamente. Es esta objeción, en lo esencial, la que lo fuerza a declarar que la histeria constituye una forma degenerativa. Pero él no puede separar de manera suficiente, basándose en algún rasgo característico, la escisión de conciencia histérica de la psicótica, etc.

## II

Si en una persona predispuesta [a la neurosis] no está presente la capacidad convertidora y, no obstante, para defenderse de una representación inconciliable[18] se emprende el divorcio entre ella y su afecto, *es fuerza que ese afecto permanezca en el ámbito psíquico*. La representación ahora debilitada queda segregada de toda asociación dentro de la conciencia, *pero su afecto, liberado, se adhiere a otras representaciones, en sí no inconciliables, que en virtud de este «enlace falso» devienen representaciones obsesivas*.[19] He ahí, en pocas palabras, la teoría psicológica de las representaciones obsesivas y fobias, de que hablé al comienzo.

Ahora indicaré, entre las piezas que esa teoría requiere, cuáles admiten demostración directa y cuáles he completado yo. Directamente demostrable es, además del punto final del proceso —la representación obsesiva misma—, ante todo la fuente de la que proviene el afecto que se encuentra dentro de un enlace falso. En todos los casos por mí analizados era la *vida sexual* la que había proporcionado un afecto penoso de la misma índole, exactamente, que el afecto endosado a la representación obsesiva. En teoría no se excluye que en algún caso ese afecto nazca en otro ámbito; yo me limito a comunicar que hasta ahora no se me ha revelado un origen

[18] [«*Unverträglich*»; así en la publicación original de 1894; impresa por error «*unerträglich*» {«intolerable»} en todas las posteriores ediciones en alemán. En otros tres lugares de este artículo aparece el mismo error, si bien en dos de ellos la errata (suponiendo que lo sea) ya estaba en la publicación original. En los escritos de Freud de este período, el término es usado con suma frecuencia, y siempre, salvo en estos casos, es «*unverträglich*». Que este era el término que Freud quiso usar es confirmado por el hecho de que lo tradujo al francés como «*inconciliable*» (cf. mi «Nota introductoria» a «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *infra*, págs. 72-3). Si bien ambas palabras tienen aproximadamente el mismo significado, cada una de ellas presenta un cuadro algo diferente de la situación psíquica, y parece conveniente preservar esa diferencia. Señalemos, empero, que en un texto diez años posterior, «Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis» (1906*a*), *AE*, **7**, págs. 267-8, «*unerträglich*» vuelve a aparecer dos veces, quizá también por error.]

[19] [Se hallará un largo examen de los «enlaces falsos» en una nota a pie de página correspondiente al caso de Emmy von N. en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 88-91; cf. también *ibid.*, págs. 306-7. El término reaparece en el historial clínico del «Hombre de las Ratas» (1909*d*), *AE*, **10**, pág. 140, donde Freud da cuenta del desplazamiento de afecto de una manera muy parecida a esta. — Los divergentes destinos de la representación y del afecto a ella adherido prefiguran las consideraciones contenidas en «La represión» (1915*d*), *AE*, **14**, págs. 147-8.]

diferente. Por otra parte, con facilidad se comprende que justamente la vida sexual conlleve las más abundantes ocasiones para la emergencia de representaciones inconciliables.

Es demostrable, además, por las más inequívocas manifestaciones de los enfermos, el empeño voluntario, el intento defensivo a que la teoría atribuye gravitación; y al menos en una serie de casos los enfermos mismos anotician que la fobia o la representación obsesiva sólo aparecieron después que el empeño voluntario hubo alcanzado en apariencia su propósito. «Cierta vez me pasó algo muy desagradable; puse empeño en ahuyentarlo, en no pensar más en eso. Al fin lo conseguí, y entonces me sobrevino lo otro, de lo cual desde entonces no he podido desprenderme». Con estas palabras me corroboró una paciente los puntos capitales de la teoría aquí desarrollada.

No todos los que padecen de representaciones obsesivas tienen tan en claro el origen de estas. Por lo general, cuando se les señala a los enfermos la representación originaria de naturaleza sexual se obtiene esta respuesta: «De ahí, sin embargo, no puede venirme. No me he ocupado mucho de ello. Por un momento me causó espanto, pero luego me distraje de eso y desde entonces me dejó tranquilo». En esta objeción, tan frecuente, tenemos una prueba de que la representación obsesiva figura un sustituto o un subrogado de la representación sexual inconciliable y la ha relevado dentro de la conciencia.

Entre el empeño voluntario del paciente, que logra reprimir la representación sexual desagradable, y la emergencia de la representación obsesiva, que, poco intensa en sí misma, está dotada [cf. pág. 50, *n.* 10] ahora con un afecto inconcebiblemente intenso, se abre la laguna que la teoría aquí desarrollada pretende llenar. El divorcio entre la representación sexual y su afecto, y el enlace de este último con otra representación, adecuada pero no inconciliable: he ahí unos procesos que acontecen sin conciencia, que sólo es posible suponer, y ningún análisis clínico-psicológico [cf. pág. 48, *n.* 6] es capaz de demostrar. Quizá sería más correcto decir: Estos en modo alguno son procesos de naturaleza psíquica, sino procesos físicos cuya consecuencia se figura como si real y efectivamente hubiera acontecido lo expresado mediante los giros «divorcio entre la representación y su afecto», y «enlace falso» de este último.[20]

[20] [He aquí un primer indicio del problema de la naturaleza de lo inconciente, que ocuparía a Freud en innumerables oportunidades posteriores. Véase su segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*), *infra*, pág. 171, *n.* 20.]

Junto a los casos en que se comprueba la presencia sucesiva de la representación sexual inconciliable y de la representación obsesiva, hallamos una serie de otros casos de simultaneidad entre representaciones obsesivas y representaciones sexuales de tinte penoso. No es muy adecuado llamar a estas últimas «representaciones obsesivas sexuales»; les falta un rasgo esencial de las representaciones obsesivas: demuestran estar plenamente justificadas, mientras que lo penoso de las representaciones obsesivas ordinarias constituye un problema para el médico y el enfermo. Hasta donde pude inteligir los casos de este tipo, se trataba de una defensa continua frente a representaciones sexuales que llegaban en forma permanente, vale decir, de un trabajo que aún no había alcanzado su acabamiento.

Los enfermos suelen mantener en secreto sus representaciones obsesivas toda vez que son concientes de su origen sexual. Y cuando se quejan de ellas, las más de las veces expresan su asombro por sucumbir al afecto en cuestión, por angustiarse, tener determinados impulsos, etc. Al médico experto, en cambio, ese afecto le aparece justificado e inteligible; para él lo llamativo es sólo el enlace de ese afecto con una representación que no es digna de él. En otras palabras, el afecto de la representación obsesiva le aparece como *dislocado* {*dislozieren*}, *trasportado* {*transponieren*},[21] y en caso de haber aceptado las puntualizaciones aquí consignadas, el médico puede ensayar la *retraducción a lo sexual* en una serie de casos de representación obsesiva.

Para el enlace secundario del afecto liberado se puede aprovechar cualquier representación que por su naturaleza sea compatible con un afecto de esa *cualidad*, o bien tenga con la representación inconciliable ciertos vínculos a raíz de los cuales parezca utilizable como su subrogado. Por ejemplo, una angustia liberada, cuyo origen sexual no se debe recordar, se vuelca sobre las fobias primarias comunes del ser humano ante ciertos animales, la tormenta, la oscuridad, etc., o sobre cosas que inequívocamente están asociadas con lo sexual de alguna manera, como el orinar, la defecación, el ensuciarse y el contagio en general.

La ventaja obtenida por el yo tras emprender para la defensa el camino del *trasporte* del afecto es mucho menor que en el caso de la *conversión* de una excitación psíquica

[21] [La palabra de ordinario utilizada por Freud para describir este proceso, «*Verschiebung*» {«desplazamiento»}, no figura en este pasaje, aunque sí más adelante (pág. 61). Ya había sido empleada en el prólogo a la traducción de Bernheim, *De la suggestion*... (Freud, 1888-89), *AE*, **1**, pág. 83.]

en una inervación somática. El afecto bajo el cual el yo padecía permanece como antes, sin cambio y sin disminución; sólo la representación inconciliable ha sido sofrenada, excluida del recordar.[22] Las representaciones reprimidas constituyen también aquí el núcleo de un grupo psíquico segundo, que, a mi parecer, es asequible aun sin el auxilio de la hipnosis. Si en las fobias y representaciones obsesivas están ausentes los síntomas más llamativos que en la histeria acompañan a la formación de un grupo psíquico independiente, ello se debe, sin duda, a que en el primer caso la alteración íntegra ha permanecido en el ámbito psíquico, y el vínculo entre excitación psíquica e inervación somática no ha experimentado cambio alguno.

Ilustraré lo dicho aquí sobre las representaciones obsesivas con algunos ejemplos que probablemente sean de naturaleza típica:

1. Una muchacha padece de reproches obsesivos. Si leía en el periódico sobre unos monederos falsos, daba en pensar que ella misma había fabricado moneda falsa; si en alguna parte un malhechor desconocido había perpetrado un homicidio, se preguntaba ella angustiosamente si no había cometido ese asesinato. Y a la vez tenía clara conciencia del despropósito de estos reproches obsesivos. Durante cierto lapso la conciencia de culpa alcanzó tanto imperio sobre ella que ahogó su crítica, y se acusaba ante sus parientes y ante el médico de haber perpetrado realmente todos esos crímenes (psicosis por acrecentamiento simple — *psicosis de avasallamiento*).[23] Un interrogatorio firme descubrió entonces la fuente de donde provenía su conciencia de culpa: Incitada por una sensación voluptuosa casual, se había dejado inducir por una amiga a la masturbación, y desde hacía años la practicaba con la cabal conciencia de su mala acción

[22] [Esta idea fue sometida a una mayor elucidación en «La represión» (1915*d*), *AE*, **14**, págs. 150-2.]

[23] [El «avasallamiento» del yo del enfermo en distintas neurosis de defensa fue examinado por Freud en varios puntos de un manuscrito que envió a Fliess el 1º de enero de 1896 (Freud, 1950*a*, Manuscrito K), *AE*, **1**, págs. 262 y sigs. Un año después, en una carta del 11 de enero de 1897 (*ibid.*, Carta 55), *AE*, **1**, págs. 280-1, consigna la frase «psicosis de avasallamiento». También en su contribución a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 270-1, Freud alude al avasallamiento del yo, y la idea retorna en escritos muy posteriores; véase, por ejemplo, *El yo y el ello* (1923*b*), *AE*, **19**, págs. 57-8.]

y los autorreproches más violentos, pero, como es habitual, inútiles. Un exceso tras asistir a un baile había provocado el acrecentamiento hasta la psicosis. La muchacha curó tras unos meses de tratamiento y de una vigilancia muy severa.[24]

2. Otra muchacha sufría bajo el miedo de que le asaltaran las ganas y entonces se orinaría; ello después que una urgencia así la constriñó realmente cierta vez a abandonar una sala de conciertos durante la ejecución. Esta fobia le había quitado poco a poco toda capacidad de goce y de trato social. Sólo se sentía bien si se sabía próxima a un baño al que pudiera ir sin ser advertida. Estaba excluida cualquier afección orgánica del gobierno sobre la vejiga que justificara ese malestar. Las ganas de orinar no le venían en su casa, en condiciones de tranquilidad, ni durante la noche. Un examen ahondado demostró que la presión en la vejiga le sobrevino la primera vez en las siguientes condiciones: En la sala de conciertos, no lejos de ella se había sentado cierto señor que no era indiferente a su sentir. Empezó a pensar en él y a pintarse cómo se sentaría a su lado siendo su esposa. Estando en esta ensoñación erótica, le sobrevino aquella sensación corporal que es preciso comparar con la erección del varón y que en ella —no sé si así ocurre en general— concluía con una ligera presión de vejiga. De esta sensación sexual, con la que ya estaba habituada, se espantó mucho ahora, porque entre sí había resuelto combatir esa inclinación y cualquier otra semejante; y un instante después este afecto se le trasfirió sobre las ganas de orinar concomitantes, constriñéndola a abandonar la sala tras una lucha martirizadora. En su vida ordinaria era tan mojigata que todo lo sexual le causaba intenso horror, y no podía concebir la idea de que se casaría alguna vez; por otra parte, era sexualmente tan hiperestésica que aquella sensación voluptuosa le aparecía con cualquier ensoñación erótica que se permitiese. Las ganas de orinar habían acompañado siempre a la erección, pero sin que ello la impresionara hasta aquella escena en la sala de conciertos. El tratamiento permitió dominar la fobia casi por completo.[25]

[24] [Vuelve a informarse brevemente sobre este caso en «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *infra*, pág. 76.]

[25] [Cf. «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *infra*, pág. 77; se hace nueva referencia a este caso en una carta a Fliess del 7 de febrero de 1894, escrita muy poco tiempo después de completar este artículo: «Tienes razón. El nexo entre la neurosis obsesiva y la sexualidad no siempre es tan evidente. Puedo asegurarte que tampoco fue tan fácil comprobarlo en mi Caso 2 (ganas de orinar). Si lo hubiera buscado alguien menos monoideístico que yo, lo habría pasado por alto. Sin embargo, en este caso, que llegué a estudiar a fondo duran-

3. Una joven señora que tras cinco años de matrimonio tenía un solo hijo, se me quejó de su impulso obsesivo de arrojarse por la ventana o el balcón, y del miedo que la asaltaba, a la vista de cualquier cuchillo filoso, de acuchillar a su hijo. El comercio conyugal, confesó, se había vuelto raro y se lo practicaba sólo con cautelas anticonceptivas; pero —afirmó— no le hacía falta, pues no era de naturaleza sensual. Me atreví a decirle que a la vista de un hombre le acudían representaciones eróticas, que por eso había perdido la confianza en sí misma y se le antojaba que ella era una persona abyecta, capaz de cualquier fechoría. Esa retraducción de la representación obsesiva a lo sexual fue certera; confesó enseguida, llorando, su miseria conyugal por largo tiempo ocultada, y luego comunicó también unas representaciones penosas de carácter sexual inmodificado, como la sensación, que le retornaba a menudo, de pujarle algo debajo del vestido.

De experiencias como estas he sacado partido para la terapia, reorientando la atención de los enfermos hacia las representaciones sexuales reprimidas en el caso de fobias y de representaciones obsesivas, no obstante la renuencia de ellos; y, toda vez que se lograba, cegaba así las fuentes de donde aquellas emanaban. Desde luego, no puedo aseverar que *todas* las fobias y representaciones obsesivas nazcan por el camino aquí descubierto; en primer lugar, mi experiencia abarca un número muy restringido en comparación con la frecuencia de estas neurosis, y en segundo lugar, yo mismo sé que no todos estos síntomas «psicasténicos» (para emplear la designación de Janet) son de igual valor.[26] Por ejemplo, existen fobias puramente histéricas. Opino, sin embargo, que el mecanismo del *trasporte* del afecto es demostrable en la gran mayoría de las fobias y representaciones obsesi-

te varios meses en el curso de un tratamiento mediante sobrealimentación, la sexualidad dominó efectivamente toda la escena» (Freud, 1950*a*, Carta 16). En este período, Freud solía combinar a veces el método catártico con el tratamiento de Weir Mitchell; cf. *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 274.]

[26] El grupo de las fobias típicas, de las cuales la *agorafobia* es el prototipo, no se deja reconducir al mecanismo psíquico desarrollado en el texto; al contrario, el mecanismo de la agorafobia diverge en *un* punto decisivo del mecanismo de las representaciones obsesivas genuinas y del de las fobias reducibles a estas: aquí no se encuentra ninguna representación reprimida de la que se hubiera divorciado el afecto de *angustia*. La angustia de estas fobias tiene otro origen. [Cf. el «Apéndice» agregado a «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *infra*, págs. 83-4.]

vas, y sostendría que estas neurosis, a las que con igual frecuencia hallamos aisladas o combinadas con una histeria o una neurastenia, no pueden situarse en un mismo grupo con la neurastenia común, para cuyos síntomas básicos no cabe suponer un mecanismo *psíquico.*

## III

En los dos casos considerados hasta ahora, la defensa frente a la representación inconciliable acontecía mediante el divorcio entre ella y su afecto. Pero la representación, si bien debilitada y aislada {*isolieren*}, permanecía dentro de la conciencia. Ahora bien, existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima {*verwerfen*} la representación insoportable[27] junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido. *Sólo que en el momento en que se ha conseguido esto, la persona se encuentra en una psicosis que no admite otra clasificación que «confusión alucinatoria».* Un único ejemplo elucidará esta tesis:

Una joven ha regalado a cierto hombre una primera inclinación impulsiva, y cree {*glauben*} firmemente ser correspondida. Está, de hecho, en un error; el joven tiene otro motivo para frecuentar la casa. Los desengaños no tardan en llegar; primero se defiende de ellos mediante la conversión histérica de las experiencias correspondientes, y así conserva su creencia en que él vendrá un día a pedir su mano; no obstante, se siente desdichada y enferma, a consecuencia de que la conversión es incompleta y de los permanentes asaltos de nuevas impresiones adoloridas. Por fin, con la máxima tensión, lo espera para un día prefijado, el día de un festejo familiar. Y trascurre ese día sin que él acuda. Pasados ya todos los trenes en que podía haber llegado, ella se vuelca de pronto a una confusión alucinatoria. Él ha llegado, oye su voz en el jardín, se apresura a bajar, con su vestido de noche, para recibirlo. Desde entonces, y por dos meses, vive un dichoso sueño cuyo contenido es: él está ahí, anda en derredor de ella, todo está como antes (antes de los desengaños de los que laboriosamente se defendía). Histeria y desazón están superadas; mientras dura la enfermedad, ni se habla de sus dudas y padecimientos

27 [«*Unerträglich*» en todas las ediciones en alemán, pero véase pág. 53, *n.* 18.]

de los últimos tiempos; ella es dichosa en tanto no la molestan, y sólo rabia cuando un decreto de su entorno le impide hacer algo que ella con total consecuencia derivaba de su beatífico sueño. Esta psicosis, no entendida en su momento, fue descubierta diez años más tarde por medio de un análisis hipnótico [cf. pág. 48, *n.* 6].

El hecho sobre el cual yo quería llamar la atención es que el contenido de una psicosis alucinatoria como esta *consiste justamente en realzar aquella representación* que estuvo amenazada por la ocasión a raíz de la cual sobrevino la enfermedad. Así, es lícito decir que el yo se ha defendido de la representación insoportable [28] mediante el refugio en la psicosis; [29] el proceso por el cual se logró esto escapa tanto a la autopercepción como al análisis psicológico-clínico. Corresponde verlo como expresión de una predisposición patológica de grado más alto, y acaso se lo pueda circunscribir como sigue: El yo se arranca de la representación insoportable, [30] pero esta se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva, y en tanto el yo lleva a cabo esa operación, se desase también, total o parcialmente, de la realidad objetiva. [31] Esta última es a mi juicio la condición bajo la cual se imparte a las representaciones propias una vividez alucinatoria, y de esta suerte, tras una defensa exitosamente lograda, la persona cae en confusión alucinatoria.

Dispongo de muy pocos análisis sobre psicosis de esta clase; opino, sin embargo, que debe de ser un tipo de enfermedad psíquica a que se recurre con mucha frecuencia, pues en ningún manicomio faltan los ejemplos, para los que vale análoga concepción, de la madre que enfermó a raíz de la pérdida de su hijo y ahora mece un leño en sus brazos, o de la novia desairada que desde hace años espera ataviada a su prometido.

Acaso no sea superfluo destacar que las tres variedades

[28] [«*Unerträglich*» en todas las ediciones en alemán, pero véase pág. 53, *n.* 18.]

[29] [En su forma más generalizada de «refugio en la enfermedad», esta expresión fue ampliamente utilizada y gozó de gran aceptación. Cf. *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 50, y mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 44, *n.* 2.]

[30] [«*Unerträglich*» en todas las ediciones en alemán salvo la primera, donde se lee «*unverträglich*»; cf. pág. 53, *n.* 18.]

[31] [Freud rozaba aquí un problema que habría de ocuparlo mucho hacia el final de su vida. Véase, por ejemplo, «Neurosis y psicosis» (1924*b*), «La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis» (1924*e*), «Fetichismo» (1927*e*) y el escrito fragmentario póstumo «La escisión del yo en el proceso defensivo» (1940*e* [1938]).]

de la defensa aquí descritas, y, por tanto, las tres formas de enfermar a que esa defensa lleva, pueden estar reunidas en una misma persona. La aparición simultánea de fobias y síntomas histéricos, que tan a menudo se observa *in praxi*, es justamente uno de los factores que dificultan una separación tajante de la histeria respecto de otras neurosis, y fuerzan a postular las «neurosis mixtas». Es cierto que la confusión alucinatoria no suele ser compatible con la persistencia de la histeria, y por regla general tampoco con la de las representaciones obsesivas. En cambio, no es raro que una psicosis de defensa interrumpa episódicamente la trayectoria de una neurosis histérica o mixta.

Por último, expondré en pocas palabras la representación auxiliar de la que me he servido en esta exposición de las neurosis de defensa. Hela aquí: en las funciones psíquicas cabe distinguir algo (monto de afecto, suma de excitación) que tiene todas las propiedades de una cantidad —aunque no poseamos medio alguno para medirla—; algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, y se difunde por las huellas mnémicas de las representaciones como lo haría una carga eléctrica por la superficie de los cuerpos.[32]

Es posible utilizar esta hipótesis, que por lo demás ya está en la base de nuestra teoría de la «abreacción»,[33] en el mismo sentido en que el físico emplea el supuesto del fluido eléctrico que corre. Provisionalmente está justificada por su utilidad para resumir y explicar múltiples estados psíquicos.

Viena, fines de enero de 1894

[32] [Se hallarán algunos comentarios sobre este párrafo en el «Apéndice» que incluimos a continuación.]

[33] Cf. la «Comunicación preliminar» (1893*a*).

# Apéndice. Surgimiento de las hipótesis fundamentales de Freud

[Con este primer trabajo suyo sobre las neuropsicosis de defensa, Freud dio expresión pública —si no de manera directa, al menos implícitamente— a muchas de las nociones teóricas fundamentales sobre las cuales descansaría toda su obra posterior. Recordemos que fue escrito en enero de 1894, un año después de que apareciera la «Comunicación preliminar» (1893*a*) y un año antes de que quedara concluida la porción principal de *Estudios sobre la histeria* (1895*d*) y la contribución teórica de Breuer a ese volumen. Así pues, en la época en que escribió este trabajo, Freud estaba profundamente dedicado a su primera serie de investigaciones psicológicas. De ellas habrían de surgir varias inferencias para la labor clínica, y, por detrás de estas, algunas hipótesis más generales que conferirían coherencia a los hallazgos clínicos. Pero pasarían otros seis meses luego de la publicación de *Estudios sobre la histeria* (en el otoño de 1895) antes de que Freud hiciera un primer intento de exposición sistemática de sus concepciones teóricas; y ese intento, el «Proyecto de psicología» (1950*a* [1895]), quedó inconcluso y no fue dado a publicidad por su autor. Vio la luz más de medio siglo después, en 1950. Entretanto, el estudioso interesado en tales concepciones teóricas debió entresacar lo que pudiera de las elucidaciones, discontinuas y a veces oscuras, que ofreció Freud en varios momentos posteriores de su carrera. Por lo demás, la única exposición amplia de sus teorías —los trabajos metapsicológicos de 1915— sólo sobrevivió fragmentariamente, ya que siete de los doce trabajos que la componían se perdieron (cf. *AE*, **14**, págs. 101-4).

En su «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico» (1914*d*), Freud declaró que la «doctrina de la represión» (o de la defensa, nombre con que también la designó) «es ahora el pilar fundamental sobre el que descansa el edificio del psicoanálisis, su pieza más esencial» (*AE*, **14**, pág. 15). En el presente trabajo aparece de hecho el término «defensa» (*supra*, pág. 49) y encontramos la primera consideración efectiva de esa doctrina, aunque ya le

habían sido dedicadas una o dos oraciones en la «Comunicación preliminar» (*AE*, **2**, pág. 36) y en la conferencia sobre el mismo tema (*supra*, pág. 39).[1]

Sin embargo, esta hipótesis clínica de la defensa estaba, a su vez, forzosamente basada en supuestos más generales, uno de los cuales es explicitado en el penúltimo párrafo (pág. 61). A este supuesto conviene denominarlo teoría de la «investidura» («*Besetzung*»), si bien este nombre le fue aplicado en una fecha algo posterior.[2] No hay quizá ningún otro pasaje de las publicaciones de Freud en que reconozca tan manifiestamente la necesidad de esta, la más fundamental de sus hipótesis: «en las funciones psíquicas cabe distinguir algo (monto de afecto, suma de excitación) que tiene todas las propiedades de una cantidad [. . .]; algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga. . .». La noción de una «cantidad desplazable» estaba implícita, desde luego, en todas sus elucidaciones teóricas previas. Como él mismo lo señala en algún pasaje, era el sustrato de la doctrina de la abreacción, la base indispensable del principio de constancia (que enseguida examinaremos), y estaba en juego cada vez que Freud empleaba frases tales como «*la suma de excitación que sobre ella* {la representación} *gravita*»* (*supra*, pág. 50), «*provisto de cierto valor afectivo*» (1893*c*), *AE*, **1**, pág. 209, «grupo de representación sexual *dotado de energía*» (1895*b*), *infra*, pág. 108, expresiones antecesoras todas ellas de lo que luego sería el término canónico: «investir», «investidura». Ya en su prólogo a su primera traducción de Bernheim (Freud (1888-89), *AE*, **1**, pág. 90, había hablado de «alteraciones en la excitabilidad» del sistema nervioso.

Este último ejemplo nos recuerda, empero, que existe otra complicación. Unos dieciocho meses después de escribir este trabajo, Freud envió a Fliess el notable escrito frag-

[1] Puede rastrearse una huella aún anterior de esta doctrina en un bosquejo inédito de la «Comunicación preliminar» fechado «a fines de noviembre de 1892» (Freud, 1940*d*), *AE*, **1**, págs. 189-90.

[2] Aparentemente, Freud utilizó por primera vez el término con este sentido en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 108 y 166, obra publicada más o menos un año después que el presente artículo. Se trata de una palabra alemana corriente que tiene, entre otros varios significados, el de «ocupar» o «llenar» un lugar. A Freud le disgustaban los tecnicismos innecesarios, y no se mostró muy feliz cuando quien esto escribe introdujo en 1922, para su traducción al inglés, el neologismo «*cathexis*» (del griego «κατέχειν», «ocupar»). Quizá Freud se haya avenido al término con el correr del tiempo, ya que él mismo lo empleó en su artículo «Psicoanálisis» para la *Encyclopaedia Britannica* (Freud, 1926*f*), *AE*, **20**, pág. 253.

* {Las bastardillas son nuestras.}

mentario conocido como «Proyecto de psicología», antes citado. Allí se halla por primera y última vez un examen cabal de la hipótesis de la investidura, y ese examen trae a luz claramente algo que se olvida con excesiva facilidad: durante todo este período, Freud parece haber considerado esos procesos de investidura psíquica como sucesos *materiales*. En el «Proyecto» se establecen dos supuestos básicos; el primero es el de la validez de un reciente descubrimiento de la histología: que el sistema nervioso consiste en cadenas de neuronas; el segundo estipula que la excitación de las neuronas debía concebirse como «una cantidad sometida a la ley general del movimiento» (*AE*, **1**, pág. 339). Combinándolos a ambos, se obtiene «la representación de una neurona *investida*, que está llena con cierta cantidad, y otras veces puede estar vacía» (*AE*, **1**, pág. 342). Pero si bien así se definía a la investidura primordialmente como un fenómeno neurológico, la situación no era del todo simple. Hasta poco tiempo atrás, Freud había centrado su interés en la neurología, y ahora, cuando sus pensamientos se iban apartando más y más hacia la psicología, su primer empeño se cifró, como es natural, en conciliar sus dos intereses. Freud creía posible enunciar los hechos de la psicología en términos neurológicos, y sus esfuerzos en tal sentido culminaron precisamente en el «Proyecto». La tentativa fracasó; el «Proyecto» fue abandonado, y en los años siguientes haría escasa referencia a la base neurológica de los sucesos psicológicos, salvo en relación con el problema de las «neurosis actuales», en su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*b*), *infra*, págs. 108-9. No obstante, esta desestimación de la neurología no entrañó una total revolución. Sin duda, al construir sus formulaciones e hipótesis en términos neurológicos, Freud lo había hecho con la mirada a medias puesta en los sucesos psicológicos, y cuando llegó el momento de desprenderse de la neurología resultó que la mayor parte del material teórico era aplicable (y, en verdad, con más coherencia) a fenómenos puramente psíquicos.

Estas consideraciones incumben al concepto de «investidura», que en todos los escritos posteriores de Freud —incluso en el capítulo VII, teórico, de *La interpretación de los sueños* (1900*a*)—[3] tuvo un significado por completo ex-

[3] Debe destacarse que si bien la teoría de la investidura como cantidad desplazable ya había sido explicitada en la época del presente artículo, más adelante se le incorporaron desarrollos de vital importancia, en especial la noción de que la energía de investidura

traño a lo físico. También incumben a una hipótesis ulterior, que apela al concepto de investidura y que dio en llamarse «principio de constancia». También esta fue aparentemente, en su origen, una hipótesis fisiológica; en el «Proyecto» (*AE*, **1**, pág. 340) se la llama «el principio de la inercia neuronal», según el cual «las neuronas procuran aliviarse de la cantidad». Veinticinco años más tarde el principio es enunciado en términos psicológicos en *Más allá del principio de placer* (1920*g*): «el aparato anímico se afana por mantener lo más baja posible, o al menos constante, la cantidad de excitación presente en él» (*AE*, **18**, págs. 8-9). En el trabajo que nos ocupa no se lo formula expresamente, aunque está tácito en varios puntos. Ya lo había insinuado en la conferencia sobre los mecanismos psíquicos de los fenómenos histéricos (1893*h*), *supra*, pág. 37 —aunque no en la «Comunicación preliminar» (1893*a*)— y en el trabajo en francés sobre las parálisis histéricas (1893*c*), *AE*, **1**, pág. 209. Asimismo, lo expuso con toda claridad en un bosquejo póstumo de la «Comunicación preliminar» intitulado «Sobre la teoría del ataque histérico» (1940*d*), que lleva por fecha «fines de noviembre de 1892»; con anterioridad, Freud se había referido a él en una carta a Breuer datada el 29 de junio de 1892 (1941*a*) e, implícitamente, en una nota al pie de su traducción de *Leçons du mardi*, de Charcot (Freud, 1892-94), *AE*, **1**, págs. 171-2). Más tarde, el principio fue expuesto en varias oportunidades; Breuer lo hizo, verbigracia, en su contribución teórica a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 208-9, y Freud en «Pulsiones y destinos de pulsión» (1915*c*), *AE*, **14**, págs. 114-7, y en *Más allá del principio de placer* (1920*g*), *AE*, **18**, págs. 9, 26 y sigs. y 54, donde lo bautiza por primera vez como «principio de Nirvana».

En el presente trabajo se hallará también —aunque, una vez más, de manera implícita— otro principio no menos fundamental que el de constancia en el arsenal psicológico de Freud: el principio de placer. Al comienzo, pensó que ambos estaban íntimamente ligados y eran quizás idénticos. En el «Proyecto» se lee: «Siendo consabida para nosotros una tendencia de la vida psíquica, la de *evitar displacer*, estamos

se presenta en dos formas: ligada y libre. Esta hipótesis adicional, con su corolario del distingo entre los procesos psíquicos primario y secundario —distingo que posiblemente deba atribuirse a Breuer, quien lo esbozó en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 206*n*.—, fue incorporada por Freud al «Proyecto de psicología» (1950*a*), *AE*, **1**, págs. 416-8, pero dada cabalmente a publicidad en *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, págs. 588 y sigs.

tentados a identificarla con la tendencia primaria a la inercia. Entonces, *displacer* se coordinaría con una elevación del nivel de la cantidad [. . .]. Placer sería la sensación de descarga» (*AE*, **1**, pág. 386). No fue sino mucho después, en «El problema económico del masoquismo» (1924*c*), *AE*, **19**, págs. 165-7, cuando Freud demostró la necesidad de distinguir entre los dos principios. El curso que siguieron sus cambiantes opiniones sobre este asunto se sigue en detalle en una nota al pie que agregué en «Pulsiones y destinos de pulsión» (1915*c*), *AE*, **14**, págs. 116-7.[4]

Otro interrogante que podría plantearse es hasta qué punto estas hipótesis fundamentales eran originales de Freud y hasta qué punto derivaban de pensadores que influyeron en él. Muchas posibles fuentes se han sugerido: Helmholtz, Herbart, Fechner, Meynert, entre otros. Pero este no es el lugar para abordar un problema de tan vastos alcances. Baste decir que ha sido examinado en forma exhaustiva por Ernest Jones en su biografía de Freud (Jones, 1953, págs. 405-15).

Tal vez debamos añadir unas palabras acerca de un tema que aparece particularmente en el penúltimo párrafo de este trabajo: la aparente equiparación que allí se hace entre las expresiones «monto de afecto» {«*Affektbetrag*»} y «suma de excitación» {«*Erregungssumme*»}. ¿Las utiliza Freud como equivalentes? Su elucidación de los afectos en la 25ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, **16**, págs. 360-1, y el uso que da a esta palabra en «Lo inconciente» (1915*e*), *AE*, **14**, págs. 174-5, así como en otros numerosos pasajes, muestra que en general entendía por «afecto» más o menos lo mismo que por «sentimiento» {«*feeling*»} o «emoción» {«*emotion*»}. «Excitación», en cambio, es uno de varios términos que parece emplear para describir la desconocida energía de investidura. En el «Proyecto», como vimos, la llama simplemente «cantidad». En otros sitios utiliza «intensidad psíquica» —cf., p. ej., «A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"» (1895*f*), *infra*, págs. 129-30, y «Sobre los recuerdos encubridores» (1899*a*), *infra*, pág. 302—, o bien «energía pulsional». La

[4] El primer examen amplio del principio de placer (bajo el nombre de «principio de displacer») aparece en *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, págs. 589 y sigs. Freud retomó esta hipótesis en «Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico» (1911*b*), *AE*, **12**, págs. 224-5, donde mostró de qué manera es modificado el principio de placer por el principio de realidad.

frase «suma de excitación» en sí se remonta a su mención del principio de constancia en su carta a Breuer de junio de 1892 (1941*a*), *AE*, **1**, pág. 184. Así pues, parecería que las dos expresiones *no* son sinónimas. Lo confirma un párrafo de Breuer en *Estudios sobre la histeria* en el cual alega que hay razones para afirmar que los afectos «van acompañados de un acrecentamiento de excitación» (*AE*, **2**, pág. 212), con lo cual está diciendo que se trata de dos cosas distintas. Nada habría de irregular en esto, si no fuese por un pasaje de «La represión» (1915*d*), donde Freud muestra que la agencia representante de pulsión consta de dos elementos que sufren, por obra de la represión, destinos muy diferentes. Uno de ellos es la representación o grupo de representaciones investidas; el otro, la energía pulsional que las inviste. «Para este otro elemento de la agencia representante psíquica ha adquirido carta de ciudadanía el nombre de *monto de afecto*» (*AE*, **14**, pág. 147).[5] Más adelante, en ese mismo artículo, denomina a ese elemento «el factor cuantitativo», pero luego vuelve a llamarlo «monto de afecto». A primera vista, se diría que para él afecto y energía psíquica son equivalentes; no puede ser así, empero, puesto que en ese mismo pasaje sostiene que un posible destino de pulsión es «la trasposición de las energías psíquicas de las pulsiones en afectos» (*ibid.*, pág. 148).

La explicación de esta aparente ambigüedad radicaría en la concepción básica de Freud sobre la naturaleza de los afectos, enunciada tal vez con máxima claridad en «Lo inconciente» (1915*e*), donde afirma que «los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas exteriorizaciones últimas se perciben como sensaciones» (*AE*, **14**, pág. 174). Análogamente, en la 25ª de las *Conferencias de introducción* se pregunta: «¿Qué es, en sentido dinámico, un afecto?», y responde: «Un afecto incluye, en primer lugar, determinadas inervaciones motrices o descargas; en segundo lugar, ciertas sensaciones, que son, además, de dos clases: las percepciones de las acciones motrices ocurridas, y las sensaciones directas de placer y displacer que prestan al afecto, como se dice, su tono dominante» (*AE*, **16**, pág. 360). Finalmente, en el trabajo que fue nuestro punto de partida, «La represión», escribe que el monto de afecto «corresponde a la pulsión en la medida en que esta se ha desasido de la

[5] En un pasaje muy posterior de su trabajo sobre «Fetichismo» (1927*e*), *AE*, **21**, pág. 148, que remite al examen realizado en «La represión», vuelve a referirse a la separación «entre el destino de la representación y el destino del afecto».

representación y ha encontrado una expresión proporcionada a su cantidad en procesos que devienen registrables para la sensación como afectos» (*AE*, **14**, pág. 147).

Probablemente sea acertado conjeturar, pues, que para Freud el «monto de afecto» era una manifestación particular de la «suma de excitación». Sin duda, en los casos de histeria y neurosis obsesiva que más lo preocupaban en sus primeras épocas era el afecto lo que estaba habitualmente en juego, razón por la cual tendía en esa época a describir la «cantidad desplazable» como monto de afecto y no, en términos más generales, como excitación; y este hábito persistió aparentemente aun en los trabajos metapsicológicos, donde una diferenciación más precisa habría contribuido a la claridad de su argumentación.]

# Obsesiones y fobias

## Su mecanismo psíquico y su etiología (1895 [1894])

# Nota introductoria

## «Obsessions et phobies. Leur mécanisme psychique et leur étiologie»

*Ediciones en francés*

1895 *Rev. neurol.*, **3**, nº 2, págs. 33-8. (30 de enero.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 86-93. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 334-42.
1952 *GW*, **1**, págs. 345-53.

*Traducciones en castellano**

1926(?) «Obsesiones y fobias». *BN* (17 vols.), **11**, págs. 185-95. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **11**, págs. 171-80. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 200-4. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **11**, págs. 137-44. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 200-4. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 178-82. El mismo traductor.

Este trabajo fue resumido por Freud bajo el número XXX en el sumario de sus primeros escritos científicos (*1897b*), *infra*, pág. 243. El manuscrito original está en francés. Una traducción al alemán realizada por A. Schiff, y que tuvo por título «Zwangsvorstellungen und Phobien», fue publicada en *Wiener klinische Rundschau*, **9**, nº 17, págs. 262-3,

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n*. 6.}

y n° 18, págs. 276-8, los días 28 de abril y 5 de mayo de 1895.[1]

Aunque este artículo se publicó dos semanas después que el primero sobre las neurosis de angustia (1895*b*), fue escrito con anterioridad, ya que aquí (págs. 81-2) Freud se refiere a aquel como de redacción futura, y, a la vez, en el trabajo sobre las neurosis de angustia hay una alusión retrospectiva a este (pág. 97).

En su primera parte, el presente artículo no es sino una repetición de la sección II de «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), en la que se ocupa de las obsesiones; la segunda parte, sobre las fobias, es objeto de examen en un «Apéndice» que he agregado al final (págs. 83-4).

Este es uno de los tres artículos que Freud escribió en francés más o menos por la misma época; el primero, sobre la distinción entre las parálisis orgánicas e histéricas (1893*c*), ha sido incluido en el volumen 1 de la *Standard Edition*; el tercero, «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), figura *infra*, págs. 143 y sigs. En uno o dos casos resulta interesante señalar cuáles fueron los términos franceses escogidos por Freud para traducir vocablos alemanes. Así, vierte siempre «*Zwangsvorstellung*» por la palabra francesa «*obsession*».* De hecho, no parece haber existido ningún equivalente alemán de ese término francés o del inglés «*obsession*» (que se remonta como mínimo al siglo XVII) hasta que Krafft-Ebing introdujo «*Zwangsvorstellung*» en 1867 (cf. Löwenfeld, 1904, pág. 8). Análogamente, Freud vierte «*Zwangsneurose*» por «*névrose d'obsessions*» {«neurosis de obsesiones»}, y «*Angstneurose*» por «*névrose d'angoisse*» {«neurosis de angustia»}. Por lo menos en un lugar, sin embargo (pág. 75), utiliza «*anxiété*» {«ansiedad»} para «*Angst*». (Véanse algunas acotaciones sobre esto en mi «Nota introductoria» al primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*b*), *infra*, pág. 88*n*.)

Otra palabra que Freud emplea con suma frecuencia en sus escritos de este período es «*unverträglich*» {«inconci-

[1] El 15 de enero de 1895, Freud pronunció en la Vienna Verein für Psychiatrie und Neurologie {Sociedad Vienesa de Psiquiatría y Neurología} una conferencia con el título «Mecanismo de las representaciones obsesivas y las fobias», y su propio resumen de esa conferencia fue publicado, ese mismo año, en *Wiener klinische Wochenschrift*, **8**, n° 27, pág. 496.

* {En nuestro caso, hemos traducido unas veces «representación obsesiva», otras veces «compulsión».}

liable»}, aplicada a las representaciones reprimidas en la histeria o de algún otro modo excluidas en la neurosis obsesiva. Ha habido gran renuencia a aceptar que este era el término adecuado. Existe otra palabra alemana con tan sólo una letra menos, «*unerträglich*» {«intolerable»}, que aparece algunas veces, probablemente por error de imprenta, en las ediciones alemanas (cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, pág. 53, *n.* 18). Las dudas acerca del sentido que quiso darle Freud parecen zanjadas por el equivalente que eligió en francés: «*inconciliable*».

Otro elemento de interés para el traductor es que a lo largo de este artículo Freud utiliza «*état émotif*» {«estado emotivo»} para traducir la palabra alemana «*Affekt*». Compárese el segundo párrafo de pág. 76 con el que aparece en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, pág. 53. Cf. también el resumen que él mismo hizo del trabajo, en (1897*b*), *infra*, pág. 243.

Agreguemos que en el volumen I de las *Gesammelte Werke*, publicado en 1952, al comienzo del primero de estos trabajos en francés (1893*c*) figura la siguiente nota al pie: «En los tres artículos en francés, se ha revisado y corregido el texto original en lo atinente a las erratas y errores gramaticales, aunque respetando de manera estricta el significado». La mayoría de los cambios introducidos en esa revisión fueron puramente formales; empero, puede decirse que en algunos casos, tanto en el presente trabajo como en el siguiente (1896*a*), *infra*, págs. 143 y sigs., llegaron más lejos; en dos de ellos (págs. 146 y 152), la versión de 1952 vuelve a trascribir lo que rezaba en la publicación original. Para llegar a una decisión en los casos dudosos, debe tenerse en cuenta que el propio Freud muy probablemente leyó la reimpresión de 1906 y la de 1925, ya que agregó nuevas notas al pie en esta última (cf. el «Prólogo a *Sammlung*...» (1906*b*), *supra*, pág. 5, *n.* 3.) Por nuestra parte, hemos adoptado en general la versión de 1906, proporcionando la versión alternativa, cuando corresponde, en una nota al pie.

James Strachey

Empezaré por poner en tela de juicio dos asertos que a menudo se repiten acerca de los síndromes «obsesiones» y «fobias». Es preciso decir que: 1) no pertenecen a la neurastenia propiamente dicha, puesto que los enfermos aquejados de esos síntomas son neurasténicos con la misma frecuencia que no lo son; y 2) no está justificado hacerlos depender de la degeneración mental, puesto que se los encuentra en personas no más degeneradas que la mayoría de los neuróticos en general, y a veces mejoran y hasta en ocasiones se logra curarlos.[1]

Las obsesiones y las fobias son neurosis separadas, de un mecanismo especial y de una etiología que yo he logrado sacar a la luz en cierto número de casos y que, así lo espero, se mostrarán semejantes en muchos casos nuevos.

En cuanto a la división de la materia, propongo dejar de lado ante todo una clase de obsesiones intensas que no son otra cosa que recuerdos, imágenes inalteradas de acontecimientos importantes. Citaré, por ejemplo, la obsesión de Pascal, quien siempre creía ver un abismo a su izquierda «después que estuvo a punto de precipitarse en el Sena con su carruaje». Estas obsesiones y fobias, que se podrían llamar *traumáticas*, pertenecen a los síntomas de la histeria.

Apartado este grupo, es preciso distinguir: *a*) las verdaderas obsesiones, y *b*) las fobias. La diferencia esencial es la siguiente:

Hay en toda obsesión dos cosas: 1) una idea que se impone al enfermo; 2) un estado emotivo asociado. Ahora bien, en la clase de las fobias, ese estado emotivo es siempre la *angustia* {*angoisse*}, mientras que en las verdaderas obsesiones puede ser, con igual derecho que la ansiedad {*anxiété*}, otro estado emotivo, como la duda, el remordimiento, la cólera. Intentaré explicar primero el mecanismo psicológico, notabilísimo, de las verdaderas obsesiones, muy diferente del de las fobias.

[1] Me alegra comprobar que los autores más recientes que se han ocupado de nuestro tema expresan opiniones cercanas a la mía. Cf Gélineau (1894) y Hack Tuke (1894).

# I

En muchas verdaderas obsesiones es asaz evidente que el estado emotivo constituye la cosa principal, puesto que ese estado persiste inalterado en tanto que la idea asociada varía. Por ejemplo, la muchacha de la Observación 1 tenía un poco de remordimientos a causa de todo: por haber robado, maltratado a sus hermanas, fabricado moneda falsa, etc. Las personas que dudan, dudan de muchas cosas a la vez o sucesivamente. Es el estado emotivo el que en estos casos permanece idéntico; la idea cambia. En otros casos también la idea parece fijada, como en la muchacha de la Observación 4, que perseguía con un odio incomprensible a las sirvientas de la casa, pero cambiando de persona.

Y bien; un análisis psicológico[2] escrupuloso de estos casos muestra que *el estado emotivo como tal está siempre justificado.* La muchacha de la Observación 1 tiene buenas razones para sus remordimientos; las mujeres de la Observación 3, que dudaban de su resistencia a las tentaciones, sabían bien por qué; la muchacha de la Observación 4, que detestaba a las sirvientas, tenía harto derecho para quejarse, etc. Sólo que —y en estos dos caracteres consiste el sesgo patológico—: 1) *el estado emotivo se ha eternizado,* y 2) la idea asociada *ya no es la idea justa, la idea original; en relación con la etiología de la obsesión, ella es un remplazante, un sustituto.*

La prueba de ello es que siempre es posible hallar dentro de los antecedentes del enfermo, *y en el origen de la obsesión,* la idea original, sustituida. Las ideas sustituidas tienen caracteres comunes; corresponden a impresiones verdaderamente penosas de la vida sexual del individuo, que este se ha esforzado por olvidar. Sólo ha logrado remplazar la idea *inconciliable* por otra idea inapropiada para asociarse con el estado emotivo, que por su parte permaneció idéntico. Es esta *mésalliance*[3] entre el estado emotivo y la idea asociada la que explica el carácter absurdo propio de las obsesiones.

Informaré sobre mis observaciones, y daré una explicación teórica tentativa como conclusión.

*Observación 1.* Una muchacha se hacía reproches (que sabía absurdos) de haber robado o falsificado dinero, trama-

[2] [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra,* pág. 48, *n.* 6.]

[3] [En otros lugares, Freud emplea la expresión «enlace falso». Cf. *ibid.,* pág. 53.]

do una conspiración, etc., según lo que hubiera leído ese día.

*Enderezamiento de la sustitución.* Se reprochaba el onanismo que practicaba en secreto sin poder renunciar a él. Fue curada mediante una vigilancia escrupulosa que le impidió masturbarse.[4]

*Observación 2.* Un joven, estudiante de medicina, sufría una obsesión análoga. Se reprochaba todas las acciones inmorales: haber matado a su prima, desflorado a su hermana, incendiado una casa, etc. Hasta debía darse vuelta en la calle para ver si no había dado muerte al último que pasó.

*Enderezamiento.* Había leído, en un libro cuasi-médico, que el onanismo, al que él estaba sujeto, corrompía la moral; y eso lo afectó.

*Observación 3.* Varias mujeres se quejaban de la obsesión de arrojarse por la ventana, herir a sus hijos con cuchillos, tijeras, etc.

*Enderezamiento.* Obsesiones de tentaciones típicas. Eran mujeres que, en modo alguno satisfechas en el matrimonio, se debatían contra los deseos y las ideas voluptuosas que las asaltaban a la vista de otros hombres.

*Observación 4.* Una muchacha, perfectamente sana de espíritu y muy inteligente, mostraba un odio incontrolable contra las sirvientas de la casa, odio que se le había despertado con ocasión de una sirvienta desvergonzada y se había trasmitido luego de una muchacha a otra, hasta volver imposible la atención del hogar. Era un sentimiento mezclado de odio y de disgusto. Daba como motivo que las suciedades de esas muchachas le estropeaban su idea del amor.

*Enderezamiento.* Esta niña había sido involuntario testigo de una cita amorosa de su madre. Se había cubierto el rostro y tapado las orejas, y puso el máximo empeño en olvidar la escena, que la disgustaba y le habría impedido permanecer junto a su madre, a quien amaba tiernamente. Lo consiguió, pero la cólera por haberle sido mancillada la imagen del amor persistió en ella, y con ese estado emotivo no tardó en asociarse la idea de una persona que pudiera remplazar a la madre.

*Observación 5.* Una muchacha se había aislado casi por completo a consecuencia del temor obsesivo a la incontinencia de orina. Ya no podía abandonar su habitación ni recibir

[4] [Este caso se comentó más extensamente en *ibid.*, págs. 56-7.]

una visita sin haber orinado antes numerosas veces. Unicamente no tenía ese miedo cuando se hallaba en reposo completo en su casa.

*Enderezamiento.* Era una obsesión de tentación o de desconfianza. No desconfiaba de su vejiga sino de su resistencia frente a una impulsión amorosa. El origen de la obsesión lo mostraba bien. Cierta vez, en el teatro, a la vista de un hombre que le gustaba había sentido unas ganas amorosas acompañadas (como siempre ocurre en la polución espontánea de las mujeres) de unas ganas de orinar. Se vio obligada a abandonar el teatro, y desde entonces fue presa del miedo de tener la misma sensación, pero las ganas de orinar habían sustituido a las amorosas. Curó por completo.[5]

Las observaciones enumeradas, si bien muestran un grado variable de complejidad, tienen en común que la idea original (inconciliable) ha sido sustituida por otra idea, por una idea remplazante. En las observaciones de que a continuación informo, la idea original está también remplazada, pero no por otra idea, sino por actos o impulsiones que en el origen sirvieron como *alivios* o *procedimientos protectores*, y que ahora se encuentran en una asociación grotesca con un estado emotivo que no concuerda con ellos, pero que ha permanecido el mismo y está tan justificado como en el origen.

*Observación 6. Obsesión de aritmomanía.* Una mujer había contraído la necesidad de contar siempre las placas del parqué, los escalones, etc., cosa que hacía en un estado de angustia ridículo.

*Enderezamiento.* Había comenzado a contar para distraerse de sus ideas obsedentes (de tentación). Lo había conseguido, pero la impulsión a contar había remplazado a la obsesión primitiva.

*Observación 7. Obsesión «especulativa» (manía de cavilación).* Una mujer sufría de ataques de esta obsesión, que sólo cesaban cuando ella estaba enferma, para dejar sitio a temores hipocondríacos. El tema del ataque era una parte del cuerpo o una función, por ejemplo la respiración: «¿Por qué hay que respirar? ¿Y si yo no quisiera respirar?», etc.

*Enderezamiento.* Al comienzo había tenido miedo de vol-

[5] [También este caso se comenta en *ibid.*, pág. 57, aunque en términos algo diferentes.]

verse loca, fobia hipocondríaca bastante común entre las señoras no satisfechas por su marido, como era su caso. Para *asegurarse de que no estaba por volverse loca*, de que gozaba todavía de su inteligencia, había empezado a plantearse cuestiones, a ocuparse de problemas serios. Esto la tranquilizaba al principio, pero con el tiempo este hábito de la especulación sustituyó a la fobia. Desde hacía más de quince años alternaban en ella períodos de miedo (patofobia) y de manía de especulación.

*Observación 8. Manía de duda.* Varios casos mostraron los síntomas típicos de esta obsesión, y se explicaron muy simplemente. Esas personas habían sufrido o todavía sufrían obsesiones diversas, y la conciencia de que la obsesión las había perturbado en todas sus acciones y había interrumpido muchas veces el curso de sus pensamientos provocaba una duda legítima en la fidelidad de su memoria. Cualquiera de nosotros verá vacilar su seguridad y estará obligado a releer una carta o a rehacer una cuenta si su atención fue distraída varias veces durante la ejecución del acto. La duda es una consecuencia asaz lógica de la presencia de obsesiones.

*Observación 9. Manía de duda (hesitación).* La muchacha de la Observación 4 se había vuelto extremadamente lerda en todas las acciones de la vida ordinaria, sobre todo en su *toilette*. Le demandaba horas anudarse los cordones de los zapatos o asearse las uñas de las manos. Daba como explicación que no podía hacer su *toilette* ni mientras la preocupaban los pensamientos obsedentes ni inmediatamente después, de suerte que se había acostumbrado a esperar un tiempo determinado tras cada retorno de la idea obsedente.

*Observación 10. Manía de duda, temor a los papeles.* Una joven que había sufrido escrúpulos luego de haber escrito una carta, y que por ese mismo tiempo hacía un bollo con todos los papeles que veía, explicó esto confesando un amor que antaño no quiso revelar. A fuerza de repetirse de continuo el nombre de su bienamado, la asaltó el miedo de que ese nombre se hubiera deslizado bajo su pluma, de que lo hubiera trazado sobre algún pedazo de papel en uno de sus momentos de ensimismamiento.[6]

[6] Véase también la canción popular alemana: «En toda hoja en blanco yo lo escribiría: / Tuyo es mi corazón, y tuyo será siempre». [Con una leve variante, este dístico aparece en «*Ungeduld*», uno de los poemas del ciclo de Wilhelm Müller, *Die schöne Müllerin*, al que Franz Schubert puso música.]

*Observación 11. Misofobia.* Una mujer se lavaba las manos cien veces por día y sólo tocaba los picaportes de las puertas con el codo.

*Enderezamiento.* Era el caso de Lady Macbeth. Los lavajes eran simbólicos y estaban destinados a sustituir por la pureza física la pureza moral que lamentaba haber perdido. Se atormentaba con remordimientos por una infidelidad conyugal cuyo recuerdo había decidido expulsar.[7] Se lavaba también los genitales.

En cuanto a la teoría de esta sustitución, me limitaré a responder tres preguntas que en este punto surgen:

1. *¿Cómo puede consumarse esta sustitución?*

Parece que expresaría una disposición psíquica especial. Al menos, en las obsesiones hallamos a menudo «herencia similar»,[8] como en la histeria. Así, el enfermo de la Observación 2 me contó que su padre había padecido de síntomas semejantes. Cierto día me presentó a un primo hermano suyo que tenía obsesiones y un tic convulsivo, y la hija de su hermana, de 11 años de edad, mostraba ya obsesiones (probablemente de remordimiento).

2. *¿Cuál es el motivo de esta sustitución?*

Creo que se la puede considerar como un *acto de defensa (Abwehr) del yo contra la idea inconciliable.* Entre mis enfermos, los hay que se acuerdan del esfuerzo voluntario por ahuyentar del radio de la conciencia la idea o el recuerdo penosos (cf. las Observaciones 3, 4, 11). En otros casos, esta expulsión de la idea inconciliable se produjo de una manera inconciente, que no dejó huellas en la memoria de los enfermos.

3. *¿Por qué el estado emotivo asociado a la idea obsesiva se ha perpetuado en lugar de desaparecer como los otros estados de nuestro yo?*

Es posible responder a esto apelando a la teoría desarrollada por Breuer y por mí acerca de la génesis de los síntomas histéricos.[9] Aquí solamente señalaré que esa desa-

[7] [Este punto, incluida la referencia a Lady Macbeth, fue luego mencionado por Breuer en su contribución a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 255, *n.* 38.]

[8] [Véase el examen de esto en «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), *infra*, págs. 144-5.]

[9] «Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos» (1893*a*)

parición del estado emotivo se vuelve imposible por el hecho mismo de la sustitución.

## II

A esos dos grupos de verdaderas obsesiones se agrega la clase de las «fobias», que debemos considerar ahora. Ya he mencionado la gran diferencia entre las obsesiones y las fobias: que en las segundas, el estado emotivo es siempre la ansiedad, el temor. Podría agregar que las obsesiones son múltiples y más especializadas, en tanto que las fobias tienden a ser monótonas y típicas. Pero esta no es una diferencia capital.

También entre las fobias se pueden distinguir dos grupos, caracterizados por el objeto del miedo: 1) fobias comunes: miedo exagerado a las cosas que todo el mundo aborrece o teme un poco, como la noche, la soledad, la muerte, las enfermedades, los peligros en general, las serpientes, etc.; y 2) fobias ocasionales: miedo a condiciones especiales que no inspiran temor al hombre sano, por ejemplo la agorafobia y las otras fobias de la locomoción. Es interesante señalar que estas últimas fobias no son obsesivas como las verdaderas obsesiones y las fobias comunes. El estado emotivo no aparece aquí sino en esas condiciones especiales, que el enfermo evita cuidadosamente.

El mecanismo de las fobias es totalmente diferente del de las obsesiones. Ya no es el reino de la sustitución. Aquí ya no se revela mediante el análisis psíquico una idea inconciliable, sustituida. Nunca se encuentra otra cosa que el *estado emotivo de la ansiedad*, que por una suerte de elección ha puesto en primer plano todas las ideas aptas para devenir objeto de una fobia. En el caso de la agorafobia, etc., solemos hallar *el recuerdo de un ataque de angustia*, y en verdad lo que el enfermo teme es el advenimiento de un ataque así en aquellas condiciones especiales en que cree no poder escapar a él.

La angustia de ese estado emotivo que está en el fundamento de las fobias no deriva de un recuerdo cualquiera; es preciso preguntarse cuál puede ser la fuente de esta poderosa condición del sistema nervioso.

Y bien: espero poder demostrar, en otra ocasión, que

[la «Comunicación preliminar» de *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 29].

corresponde establecer una neurosis especial, la *neurosis ansiosa* {neurosis de angustia},[10] cuyo síntoma principal es ese estado emotivo; daré la enumeración de sus variados síntomas, e insistiré en que es preciso diferenciar esta neurosis de la neurastenia, con la cual se la confunde hoy. Así, *las fobias forman parte de la neurosis ansiosa*, y casi siempre van acompañadas por otros síntomas de la misma serie.

También *la neurosis ansiosa es de origen sexual* hasta donde yo puedo ver, pero no se reconduce a unas ideas extraídas de la vida sexual: carece de mecanismo psíquico en sentido propio. Su etiología específica es la acumulación de la tensión genésica, provocada por la abstinencia o la irritación genésica frustránea[11] (para expresar con una fórmula general el efecto del coito interrumpido,[12] de la impotencia relativa del marido, de las excitaciones sin satisfacción de los novios, de la abstinencia forzada, etc.).

Es en esas condiciones, extremadamente habituales (sobre todo para la mujer) en la sociedad actual, que se desarrolla la neurosis ansiosa de la cual las fobias son una manifestación psíquica.

Señalaré, como conclusión, que una fobia y una obsesión propiamente dicha pueden combinarse, y aun es esto de muy frecuente ocurrencia. Es posible encontrarse con que al comienzo de la enfermedad hubo una fobia desarrollada como síntoma de la neurosis ansiosa. La idea que constituye la fobia, y que en esta se asocia al miedo, puede ser remplazada por otra idea o, más bien, por el *procedimiento protector* que parecía aliviar el miedo. La Observación 7 [13] (manía de especulación) presenta un buen ejemplo de esta categoría: *fobia reforzada por una verdadera obsesión por sustitución.*

[10] [En realidad, el primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*b*) había sido publicado dos semanas antes que este. Véase mi «Nota introductoria» a ese trabajo, *infra*, pág. 88.]

[11] [«*Fruste*» en el original francés; esta palabra significa «gastada» o «desgastada» (se la aplica en especial a monedas o medallas), y Freud la utiliza a menudo en la expresión «*forme fruste*»; véase, por ejemplo, su nota necrológica por el fallecimiento de Charcot (Freud, 1893*f*), *supra*, pág. 14. Aquí, evidentemente se trata de una confusión con «*frustrée*», asimismo empleada por Freud en su versión alemana «*frustrane*» —p. ej., en su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*b*), *infra*, pág. 101—.]

[12] [«*Réservé*» en todas las ediciones anteriores a la de 1952, donde fue cambiada por «*interrompu*». Cf. mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 73.]

[13] [En todas las ediciones del texto francés figura por error «6».]

# Apéndice. Concepciones de Freud sobre las fobias

[Freud abordó por vez primera el problema de las fobias en «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), tratándolo de manera más amplia un año más tarde, en la segunda sección del presente artículo, y volviendo a mencionarlo en su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*b*), que escribió poco después. En todos estos exámenes tempranos de las fobias no es difícil percibir cierta incertidumbre; de hecho, al volver a hacer breve referencia a la cuestión en el segundo trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*f*), acotó que «el mecanismo de las fobias sigue presentando [...] puntos oscuros» (*infra*, pág. 133). En «Las neuropsicosis de defensa» había atribuido ese mecanismo a «la gran mayoría de las fobias y de las representaciones obsesivas» (págs. 58-9), a excepción de las «fobias puramente histéricas» y del «grupo de las fobias típicas, de las cuales la agorafobia es el prototipo» (pág. 58, *n*. 26). Esta última distinción, presentada por primera vez en una nota a pie de página, demostraría ser decisiva, porque implicaba la diferenciación entre las fobias con base física y las que no la tienen (las «típicas»). Este distingo se conectaba, entonces, con el que luego se trazaría entre las psiconeurosis y las «neurosis actuales» (cf. «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*), *infra*, pág. 271, *n*. 12).

No obstante, en estos trabajos tempranos la distinción no se hace de manera congruente. Así, en el presente artículo parece distinguirse, no entre dos grupos de fobias (como en el anterior), sino entre las representaciones obsesivas con base física, por un lado, y, por el otro, las fobias, sin base física, que según se declara «forman parte de la neurosis de angustia» (págs. 81-2). Pero aquí el cuadro se complica por la subsiguiente división de las fobias en dos grupos, de acuerdo con la naturaleza de su objeto (pág. 81), y, además, por la separación (como en el primer artículo) de otra clase de fobias «que se podrían llamar traumáticas» y que se vinculan «con los síntomas de la histeria» (pág. 75). Por añadidura, en el trabajo sobre la neurosis de angustia la principal distinción no es, como aquí, la que se traza en-

tre representaciones obsesivas y fobias, sino otra vez entre las fobias que pertenecen a la neurosis obsesiva y las que pertenecen a la neurosis de angustia (págs. 96-8): una vez más, la diferenciación se basaba en la presencia o ausencia de una base física de la enfermedad.

Aparte de algunas alusiones aisladas, luego del presente grupo de artículos el tema de las fobias no parece haber sido analizado por Freud durante un lapso de casi quince años. Fue en el historial clínico del pequeño Hans (1909*b*) donde dio el primer paso hacia un esclarecimiento de estos puntos oscuros mediante la introducción de una nueva entidad clínica: la «histeria de angustia» (*AE*, **10**, págs. 94-96).[1] Respecto de las fobias, apuntó en dicha oportunidad que «corresponde ver en ellas meros síndromes que pueden pertenecer a diversas neurosis, y no hace falta adjudicarles el valor de unos procesos patológicos particulares»; y propuso que se diera el nombre de «histeria de angustia» a un tipo particular de fobia cuyo mecanismo se asemejaba al de la histeria. En ese historial clínico y en el posterior del «Hombre de los Lobos» (1918*b* [1914]), Freud brindó sus más completas elucidaciones clínicas de las fobias —que en ambos casos, por supuesto, correspondían al período de la niñez—. Poco más tarde, en «La represión» (1915*d*) y «Lo inconciente» (1915*e*), se internó en un examen detenido de la metapsicología del mecanismo que genera las fobias, ya sea las relacionadas con la histeria o con la neurosis obsesiva (*AE*, **14**, págs. 149-52 y 178-82). Quedaba en pie, sin embargo, el problema de las fobias «típicas» de la neurosis de angustia, que se remontaba al artículo más antiguo del presente conjunto. Como hemos visto, en él estaba envuelta toda la cuestión de las «neurosis actuales»; y esa cuestión no habría de ser plenamente elucidada sino más adelante aún, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), cuyo núcleo consiste en una reconsideración de las fobias del pequeño Hans y del «Hombre de los Lobos».]

[1] La expresión ya había sido propuesta por Freud en una reunión de la Sociedad Psicoanalítica de Viena celebrada el 9 de octubre de 1907. Véase el prólogo de Freud a un libro de W. Stekel (Freud, 1908*f*), *AE*, **9**, pág. 227, *n.* 2.]

# Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia» (1895 [1894])

# Nota introductoria

## «Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen»

*Ediciones en alemán*

1895 *Neurol. Zbl.*, **14**, nº 2, págs. 50-66. (15 de enero.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 60-85. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 306-33.
1952 *GW*, **1**, págs. 315-42.
1972 *SA*, **6**, págs. 25-46.

*Traducciones en castellano**

1926(?) «La neurastenia y la "neurosis de angustia"». *BN* (17 vols.), **11**, págs. 133-64. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 «Sobre la justificación de separar, de la neurastenia, un cierto complejo de síntomas, a título de "neurosis de angustia"». *EA*, **11**, págs. 123-52. El mismo traductor.
1948 «La neurastenia y la "neurosis de angustia"». *BN* (2 vols.), **1**, págs. 180-93. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **11**, págs. 99-121. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 180-92. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 183-97. El mismo traductor.

Este trabajo fue resumido por Freud bajo el número XXXII en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897*b*), *infra*, pág. 244.

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n*. 6.}

Puede considerarse que este artículo es el primer trecho de un camino que, con más de una bifurcación y más de un viraje agudo, recorre todos los escritos de Freud. No obstante, según puede verse por la lista de obras vinculadas con la angustia[1] que damos como «Apéndice» a *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), *AE*, **20**, pág. 164, en términos estrictos este no es el comienzo del camino. Lo habían precedido varias excursiones exploratorias, bajo la forma de manuscritos que Freud envió a Wilhelm Fliess (en especial los Manuscritos A, B y E). Así, en la sección II del Manuscrito B, fechado el 8 de febrero de 1893 (Freud, 1950*a*), *AE*, **1**, págs. 217-23, ya se sintetizan algunos de los puntos principales del presente artículo. Particularmente, se insiste en la necesidad de «separar» la neurosis de angustia de la neurastenia, y muchos de los síntomas son enumerados más o menos como se lo hace aquí. En cambio, ese manuscrito no contiene ninguna indicación acerca de una etiología más profunda de las neurosis propuesta en el presente trabajo: la acumulación de excitación sexual frustránea, que no halla descarga en el ámbito físico. Para esto tenemos que apelar al Manuscrito E, donde se enuncia la teoría de manera más completa y quizá más clara que en este caso. Infortunadamente, el Manuscrito E no tiene fecha; los editores de la correspondencia con Fliess le asignan, sin razón convincente alguna para ello, la de junio de 1894; sea como fuere, es evidente que fue escrito antes (y no mucho antes) que el presente artículo. Ese Manuscrito y el G (tampoco data-

[1] Por lo menos en tres pasajes de sus obras Freud se detiene en los diversos matices de la palabra alemana «*Angst*» {«angustia»} y de otras dos con ella emparentadas: «*Furcht*» {«temor»} y «*Schreck*» {«terror»}; lo hace en la 25ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, **16**, pág. 357; en *Más allá del principio de placer* (1920*g*), *AE*, **18**, págs. 12-3, y en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), *AE*, **20**, pág. 154. Si bien destaca que en la «angustia» hay un elemento de anticipación y una ausencia de objeto, las distinciones que traza no resultan del todo convincentes, y en su uso efectivo de estos términos estuvo lejos de regirse invariablemente por ellas. Y esto no debe sorprender, ya que «*Angst*» no es en modo alguno un tecnicismo psiquiátrico, sino una voz alemana corriente. Posee afinidad con «*eng*», que significa «constreñido», «restringido»; tiene como referente {al igual que la palabra castellana «angustia», que deriva del latín «*angustus*», «angosto», «estrecho»} la sensación de ahogo que caracteriza a las formas graves de este estado psíquico. En inglés, donde «*Angst*» se traduce por «*anxiety*», un estado más agudo aún se describe con el término «*anguish*» {de igual procedencia}; y destaquemos que en sus escritos en francés Freud empleó como sinónimos, para traducir «*Angst*», las palabras «*angoisse*» y «*anxiété*»; véase, por ejemplo, «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *supra*, pág. 75.

do, pero sin duda contemporáneo de este artículo), que incluye un notable diagrama en que se representan las ideas de Freud sobre el mecanismo del proceso sexual, arrojan luz sobre ciertos puntos oscuros que aquí quedan.

Al leer estos tempranos trabajos, conviene tener presente que a la sazón Freud estaba profundamente dedicado a tratar de establecer los datos de la psicología en términos neurológicos. Tal tentativa culminó en el abortado «Proyecto de psicología» (1950*a*) —escrito en el otoño de 1895, unos meses después de estos manuscritos, pero, al igual que ellos, publicado en forma póstuma—, el cual a partir de entonces se fue a pique por completo. (Cf. mi «Apéndice» a «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, págs. 63-4.) Como se aprecia en un lugar de «Las neuropsicosis de defensa» (pág. 54), Freud todavía no había hecho suya del todo la hipótesis sobre la existencia de procesos anímicos inconcientes. Así, en el presente trabajo distingue entre la excitación sexual somática, de un lado, y la «libido sexual, el placer psíquico», del otro (pág. 107). La libido se concibe como algo exclusivamente «psíquico», aunque, otra vez, no parece trazarse un claro distingo entre «psíquico» y «conciente». Es interesante notar que en el resumen del trabajo, que Freud preparó sólo un par de años después (1897*b*), *infra*, pág. 245, a todas luces acepta ya la concepción de la libido como potencialmente inconciente, y escribe: «La angustia neurótica es libido sexual traspuesta».

Pero cualesquiera que hayan sido los términos en que expresó esta teoría, la sostuvo hasta un momento muy avanzado de su vida, si bien agregándole una serie de complicadas salvedades: en el futuro sobrevendría una larga secuencia de cambiantes puntos de vista, de los que en parte damos cuenta en nuestra «Introducción» a la última de sus obras principales sobre este tema, *Inhibición, síntoma y angustia* (*AE*, **20**, págs. 74 y sigs.). En lo inmediato, Freud debió polemizar con un escéptico allegado, el psiquiatra Löwenfeld, de Munich. Resultado de esta controversia es el artículo que sigue al que aquí presentamos.

James Strachey

## [Introducción]

Será difícil obtener sobre la neurastenia enunciados de validez universal mientras ese rótulo nosológico signifique todo lo que Beard[1] incluyó en él. Para la neuropatología, opino, no puede redundar sino en su beneficio que uno intente separar de la neurastenia propiamente dicha todas las perturbaciones neuróticas cuyos síntomas, por una parte, muestran un más firme enlace recíproco que con los síntomas neurasténicos típicos (como la presión intracraneal, la irritación espinal, la dispepsia con flatulencia y constipación), y, por la otra, permiten discernir en su etiología y su mecanismo diferencias esenciales respecto de la neurosis neurasténica típica. Si se adopta este propósito, pronto se habrá obtenido una imagen bastante uniforme de la neurastenia. Se conseguirá entonces distinguir de la neurastenia genuina, con mayor nitidez que hasta ahora, diversas seudoneurastenias (el cuadro de la neurosis nasal refleja con mediación orgánica,[2] las perturbaciones nerviosas de las caquexias y de la arteriosclerosis, los estadios previos de la parálisis progresiva y de algunas psicosis); además —según la propuesta de Moebius—, se podrán apartar de ella muchos *status nervosi* {condiciones nerviosas} de los degenerados hereditarios, y también se hallarán razones para incluir de preferencia en la melancolía diversas neurosis que hoy se denominan neurastenia, en particular las de naturaleza intermitente o periódica. Ahora bien: uno abrirá el camino a la más tajante alteración si se decide a separar de la neurastenia el complejo de síntomas que describiré en estas páginas, y que satisface notablemente las condiciones señaladas. Los síntomas de este complejo están más próximos unos a otros que a los síntomas neurasténicos genuinos (o sea, suelen

[1] [G. M. Beard (1839-1883), neurólogo norteamericano a quien se consideraba el mayor especialista en neurastenia. (Cf. Beard, 1881, 1884).]

[2] [Entidad clínica propuesta por Fliess (1892, 1893), a cuya instancia la adoptó Freud (cf. Freud, 1950*a*, Manuscrito C).]

presentarse juntos, se subrogan entre sí en la trayectoria de la enfermedad), y tanto la etiología como el mecanismo de esta neurosis difieren radicalmente de la etiología y el mecanismo de la neurastenia genuina, definida como lo que resta tras aquella separación.

Llamo «neurosis de angustia»[3] a este complejo de síntomas porque todos sus componentes se pueden agrupar en derredor del síntoma principal de la angustia; cada uno de ellos posee una determinada relación con la angustia. En esta concepción de los síntomas de la neurosis de angustia yo me creía original hasta que me cayó en las manos una interesante conferencia de E. Hecker, donde hallé expuesta la misma interpretación de la manera más clara y completa que se pudiera desear.[4] Es verdad que él no separa del nexo de la neurastenia, como lo propongo yo, los síntomas que ha discernido como equivalentes o rudimentos del ataque de angustia; pero, evidentemente, es sólo porque no ha tomado en cuenta la diversidad de las condiciones etiológicas en uno y otro caso. Tan pronto se toma noticia de esta última diferencia, desaparece la obligación de designar con un mismo nombre los síntomas de angustia y los genuinamente neurasténicos, puesto que las designaciones, en sí arbitrarias, persiguen sobre todo el fin de facilitarnos enunciar aseveraciones universales.

## I. Sintomatología clínica de la neurosis de angustia

Lo que llamo «neurosis de angustia» se observa en plasmación más completa o más rudimentaria, en forma aislada o en combinación con otras neurosis. Desde luego que son sobre todo los casos relativamente completos y, por eso, aislados los que refirman la impresión de que la neurosis de angustia posee independencia clínica. En otros casos, la

[3] [«*Angstneurose*»; esta es la primera vez que Freud utilizó el término en un escrito publicado en alemán —lo había empleado en francés en «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *supra*, pág. 82—, si bien aparece ya en un texto enviado a Fliess el 8 de febrero de 1893 (Freud, 1950*a*, Manuscrito B), *AE*, **1**, págs. 220-1. Según Löwenfeld (1904, pág. 479), tanto el término como su correspondiente concepto fueron creados por Freud. Poco tiempo antes, Wernicke (1894) había tratado de diferenciar una «psicosis» de angustia.]

[4] Hecker, 1893. En una obra de Kaan (1893), se postula en verdad la angustia como uno de los síntomas principales de la neurastenia.

tarea consiste en espigar y separar, de un complejo de síntomas correspondientes a una «neurosis *mixta*», aquellos que no pertenecen a la neurastenia, ni a la histeria, etc., sino a la neurosis de angustia.

El cuadro clínico de la neurosis de angustia comprende los siguientes síntomas:

1. La *irritabilidad general.* Este es un síntoma nervioso frecuente, característico como tal de muchos *status nervosi.* Lo menciono aquí porque en la neurosis de angustia es de ocurrencia constante y posee significación teórica. En efecto, una irritabilidad acrecentada indica siempre una acumulación de excitación o una incapacidad para tolerarla, vale decir, una acumulación *absoluta* o *relativa* de estímulos. Considero que merece destacarse, en particular, la expresión de esa irritabilidad acrecentada mediante una *hiperestesia auditiva*, una hipersensibilidad a los ruidos, síntoma este que sin duda se explica por el íntimo vínculo congénito entre impresiones auditivas y terror. La hiperestesia auditiva se halla a menudo como causa del insomnio, que en más de una de sus formas pertenece a la neurosis de angustia.

2. La *expectativa angustiada.* No hallo mejor modo de ilustrar el estado a que me refiero que darle esta designación y agregar algunos ejemplos. Una señora aquejada de expectativa angustiada, a cada ataque de tos de su marido, que sufre de catarro, piensa en una neumonía por influenza y ve pasar mentalmente su cortejo fúnebre. Si de regreso a casa ve dos personas reunidas ante su puerta, no puede alejar la idea de que uno de sus hijos se ha arrojado por la ventana; si oye tañer campanas, es que le tocan a muerto, etc., por más que en ninguno de esos casos exista una ocasión particular que sugiera aun la mera posibilidad.

Desde luego que la expectativa angustiada ofrece una gradación continua que se amortigua hasta lo normal, abarcando todo cuanto de ordinario se designa «estado de angustia», «inclinación a una concepción pesimista de las cosas»; pero siempre que puede rebasa ese estado de angustia razonable, y hasta los enfermos mismos suelen discernirla como una suerte de compulsión. Para una forma de la expectativa angustiada, a saber, la referida a la propia salud, se puede reservar la antigua designación nosológica de *hipocondría.* Pero la hipocondría no va siempre de la mano con la agudización de la expectativa angustiada general; demanda como condición previa la existencia de parestesias y de sensaciones corporales penosas, y así la hipocondría se convierte

en la forma predilecta de los neurasténicos genuinos tan pronto como caen presa de la neurosis de angustia, lo cual es frecuente que ocurra.[5]

Una exteriorización más lata de la expectativa angustiada sería la inclinación, tan común en personas de exagerado prurito moral, a la *angustia de la conciencia moral*,[6] a la escrupulosidad y la meticulosidad pedante; también esta varía desde lo normal hasta su acrecentamiento como *manía de duda.*

La expectativa angustiada es el síntoma nuclear de la neurosis; en ella, además, aflora libremente un fragmento de la teoría de esta última. Acaso pueda decirse que aquí está presente un *quantum de angustia libremente flotante*, que, en vista de la expectativa, gobierna la selección de las representaciones y está siempre pronto a conectarse con cualquier contenido de representación que le convenga.

3. No es esta la única manera en que puede exteriorizarse el estado de angustia, que se mantiene las más de las veces latente para la conciencia, pero en continuo acecho. También puede irrumpir de pronto en la conciencia, sin ser evocado por el decurso de las representaciones, provocando un *ataque de angustia.* Un ataque tal puede consistir en el sentimiento de angustia solo, sin ninguna representación asociada, o bien mezclarse con la interpretación más espontánea, como la aniquilación de la vida, «caer fulminado por un síncope», la amenaza de volverse loco; o bien el sentimiento de angustia se contamina con una parestesia cualquiera (semejante al aura histérica),[7] o, por último, se conecta con la sensación de angustia una perturbación de una o varias funciones corporales —la respiración, la actividad cardíaca, la inervación vasomotriz, la actividad glandular—. De esta combinación, el paciente destaca ora un factor, ora el otro: se queja de «espasmos en el corazón», «falta de aire», «oleadas de sudor», «hambre insaciable», etc., y en su exposición es frecuente que el sentimiento de angustia

[5] [Freud hizo ulteriores puntualizaciones acerca del vínculo de la hipocondría con las demás neurosis en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 266, y mucho después volvió a ocuparse del tema, en particular en «Introducción del narcisismo» (1914*c*), *AE*, **14**, págs. 80-1.]

[6] [Este sería un tema fundamental en escritos más tardíos de Freud; véase, por ejemplo, *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), *AE*, **20**, págs. 122 y 137, y los capítulos VII y VIII de *El malestar en la cultura* (1930*a*).]

[7] [Cf. «Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos» (1893*b*), *supra*, pág. 30*n*.]

quede completamente relegado o se vuelva apenas reconocible como un «sentirse mal», un «malestar».

4. Ahora bien, un hecho interesante, y de importancia diagnóstica, es que la medida de la mezcla de estos elementos varía enormemente en el ataque de angustia, y que casi todo síntoma concomitante puede constituir el ataque por sí solo a igual título que la angustia misma. Según esto, existen *ataques de angustia rudimentarios* y *equivalentes del ataque de angustia*, probablemente de igual significado, que muestran una gran riqueza de formas, poco apreciadas hasta ahora. El estudio más preciso de estos estados de angustia larvada[8] y su distingo diagnóstico de otros ataques es una tarea que los neuropatólogos deberían abordar con urgencia.

Sólo consigno aquí la lista de las formas que yo conozco del ataque de angustia:

*a.* Ataque de angustia acompañado por perturbaciones de la *actividad cardíaca*, palpitaciones, arritmia breve, taquicardia persistente, hasta llegar a estados graves de debilidad del corazón que no siempre es fácil distinguir de una afección cardíaca orgánica; *pseudoangina pectoris*, de muy espinoso diagnóstico.

*b.* Ataques de angustia acompañados por perturbaciones de la *respiración*, varias formas de disnea nerviosa, ataques semejantes al asma, etc. Pongo de relieve que tampoco estos ataques se acompañan siempre de una angustia reconocible.

*c.* Ataques de *oleadas de sudor*, a menudo nocturnos.

*d.* Ataques de *temblores* y *estremecimientos*, que es muy fácil confundir con ataques histéricos.

*e.* Ataques de *hambre insaciable*, a menudo conectados con vértigos.

*f.* *Diarreas* que sobrevienen como ataques.

*g.* Ataques de *vértigo* locomotor.

*h.* Ataques de las llamadas «*congestiones*», vale decir, casi todo lo que se ha llamado «neurastenia vasomotriz».

*i.* Ataques de *parestesias* (pero es raro que estas se presenten sin angustia o un malestar semejante).

5. Muy frecuente es el *terror nocturno* (*pavor nocturnus* de los adultos), por lo común acompañado de angustia, disnea, sudor, etc. No es nada más que una variedad del ataque de angustia. Esta perturbación condiciona una segunda forma de insomnio en el marco de la neurosis de angus-

8 [Hecker, 1893.]

tia. [Cf. pág. 93.] — Por otra parte, me he convencido de que también el *pavor nocturnus* de los niños no es más que una forma perteneciente a la neurosis de angustia. Su sesgo histérico, el enlace de la angustia con la reproducción de una vivencia o de un sueño adecuados a ella, lo hacen aparecer como algo particular; pero también se presenta puro, sin sueño o sin alucinación recurrente.

6. Una posición destacada dentro del grupo de síntomas de la neurosis de angustia la ocupa el *vértigo*, que en sus formas más leves es mejor designar «mareo», y en su forma más acusada y grave, «ataque de vértigo»; esté o no acompañado de angustia, se incluye entre los síntomas más serios de la neurosis. El vértigo de la neurosis de angustia no es un vértigo giratorio ni privilegia, como el vértigo de Ménière, planos y direcciones determinados. Se clasifica dentro del vértigo locomotor o de coordinación, como el provocado por una parálisis de los músculos oculares; consiste en un malestar específico, acompañado por las sensaciones de que el piso oscila, las piernas desfallecen, es imposible mantenerse más tiempo en pie, y a todo esto las piernas pesan como plomo, tiemblan o se doblan las rodillas. Este vértigo nunca conduce a una caída. En cambio, yo sostendría que uno de estos ataques de vértigo puede estar subrogado también por un ataque de *desmayo* profundo. Otros estados de desmayo a raíz de la neurosis de angustia parecen depender de un *colapso cardíaco.*

El ataque de vértigo está acompañado no rara vez por la peor variedad de angustia; a menudo se combina con perturbaciones cardíacas y respiratorias. También, según mis observaciones, el vértigo a la altura, en la montaña o frente al abismo, se presenta con frecuencia en la neurosis obsesiva; yo no sé si hay fundamentos para reconocer además un *vertigo a stomacho laeso* {de origen gástrico}.

7. Sobre la base del estado de angustia crónica (expectativa angustiada), por un lado, y de la inclinación a los ataques de angustia con vértigo, por el otro, se desarrollan dos grupos de fobias típicas, referidos, el primero, a las amenazas fisiológicas comunes, y el segundo a la locomoción. Al primer grupo pertenecen la angustia ante serpientes, ante la tormenta, la oscuridad, las sabandijas, etc., así como la hiperescrupulosidad moral, formas de la manía de duda; aquí la angustia disponible se aplica simplemente al refuerzo de aversiones que están implantadas instintivamente en todo ser humano. Pero lo común es que una fobia de eficacia

compulsiva se forme sólo después que se ha sumado a ello la reminiscencia de una vivencia a raíz de la cual esa angustia pudo exteriorizarse, por ejemplo, después que el enfermo pasó una tormenta a campo abierto. Uno se equivocaría si pretendiera declarar estos casos simplemente como de perduración de impresiones intensas; en efecto, lo que volvió sustantivas a estas vivencias, y duradero a su recuerdo, es sólo la angustia que en ese momento pudo aflorar, y que hoy puede aflorar igualmente. En otras palabras: tales impresiones sólo permanecen vigentes en personas con «expectativa angustiada».

El otro grupo contiene la *agorafobia* con todas sus variedades colaterales, caracterizadas en su conjunto por su referencia a la locomoción. Es frecuente que exista en este caso un ataque precedente de vértigo como fundamento de la fobia; pero no creo que sea lícito postularlo siempre. En ocasiones, se ve que tras un primer ataque de vértigo sin angustia la locomoción se acompaña de continuo por la sensación del vértigo, lo cual no limita, empero, la posibilidad de ejecutarla; y que sin embargo, bajo ciertas condiciones —cuando el individuo está solo o en calles estrechas, etc.—, la locomoción se deniega toda vez que al ataque de vértigo se le haya sumado angustia.

El vínculo de estas fobias con las fobias de la neurosis obsesiva, cuyo mecanismo revelé en un ensayo anterior publicado en estas mismas páginas,[9] es como sigue: la concordancia reside en que aquí como allí una representación se vuelve compulsiva por el enlace con un afecto disponible. El mecanismo de la *traslación del afecto* vale entonces para ambas variedades de fobia. Pero en las fobias de la neurosis de angustia: 1) este afecto es monótono (de un solo tono), es siempre el de la angustia, y 2) no proviene de una representación reprimida, sino que al análisis psicológico se revela *no susceptible de ulterior reducción, así como no es atacable mediante psicoterapia*. Por tanto, el mecanismo de la *sustitución* no vale para las fobias de la neurosis de angustia.

Las dos variedades de fobias (o de representaciones obsesivas) a menudo se presentan juntas, aunque las fobias *atí-*

[9] «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*). — [En esta oración aparece por primera vez en una publicación la palabra «*Zwangsneurose*» {«neurosis obsesiva»}, que Löwenfeld (1904, págs. 296 y 487) atribuye, junto con el correspondiente concepto, a Freud. Este la había utilizado ya en su carta a Fliess del 7 de febrero de 1894 (Freud, 1950*a*, Carta 16) y en el Manuscrito D, más o menos de la misma fecha (*AE*, **1**, pág. 225). Véase también el «Apéndice» agregado a «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *supra*, pág. 83.]

*picas*, que descansan en representaciones obsesivas, no necesariamente crecen sobre el suelo de la neurosis de angustia. Un mecanismo muy frecuente, en apariencia más complicado, se muestra cuando en una fobia originariamente simple de la neurosis de angustia el contenido de la fobia es sustituido por otra representación, vale decir que la sustitución se agrega a la fobia con posterioridad {*nachträglich*}. Lo más habitual es que se utilicen como sustitución las «*medidas protectoras*» que originariamente se ensayaron para combatir la fobia. Así, por ejemplo, la manía de cavilar nace del afán de ofrecerse la contraprueba de que no se está loco, como la fobia hipocondríaca lo asevera: el vacilar y dudar, y quizá todavía más el repetir, de la *folie du doute* {manía de duda} surgen de la justificada duda en la certidumbre del propio decurso de pensamiento, pues se tiene conciencia de ser muy tenazmente perturbado por la representación compulsiva, etc. Por eso cabe aseverar que muchos síndromes de la neurosis obsesiva, como la *folie du doute* y otros semejantes, se pueden imputar desde el punto de vista clínico, si bien no desde el conceptual, a la neurosis de angustia.[10]

8. La actividad digestiva experimenta en la neurosis de angustia unas pocas, pero características, perturbaciones. No son nada raras sensaciones como ganas de vomitar y náuseas, y el síntoma del hambre insaciable puede procurar, solo o junto con otros (congestiones), un ataque de angustia rudimentario; como alteración crónica, análoga a la expectativa angustiada, se halla una inclinación a la diarrea, que ha dado ocasión a los más extravagantes errores de diagnóstico. Si no me equivoco, es esta la diarrea sobre la cual Moebius ha llamado recientemente la atención en un breve ensayo.[11] Conjeturo, además, que la diarrea reflectoria de Peyer, que él deriva de unas afecciones de la próstata,[12] no es otra que esta diarrea de la neurosis de angustia. Parece un nexo reflectorio porque en la etiología de la neurosis de angustia entran en juego los mismos factores que actúan en la génesis de aquellas afecciones a la próstata, etc.

La actividad estomacal e intestinal en la neurosis de angustia muestra aguda oposición con los influjos a que esa misma función está sometida en la neurastenia. Casos mixtos presentan a menudo la consabida «alternancia de diarrea y constipación». Análoga a la diarrea es la *urgencia de orinar* de la neurosis de angustia.

10 Cf. «Obsesiones y fobias» (1895*c*) [*supra*, pág. 79].
11 Moebius, 1894.
12 Peyer, 1893.

9. Las *parestesias*, que pueden acompañar al ataque de vértigo o de angustia, cobran interés por su capacidad de asociarse en una secuencia fija, a semejanza de las sensaciones del aura histérica; no obstante, he hallado que estas sensaciones asociadas, por oposición a las del aura histérica, son atípicas y cambiantes.

Otra semejanza con la histeria se produce por sobrevenir en la neurosis de angustia una suerte de *conversión*[13] a sensaciones corporales que de ordinario podrían pasar inadvertidas; por ejemplo, una conversión a los músculos reumáticos. Gran número de los llamados «reumáticos» —en quienes, por lo demás, también se comprueba que lo son— padecen en verdad de... neurosis de angustia. Junto a este acrecentamiento de la sensibilidad a los dolores, he observado en muchos casos de neurosis de angustia una inclinación a las *alucinaciones*, que por su parte no se pueden interpretar como histéricas.

10. Varios de los mencionados síntomas que acompañan o subrogan al ataque de angustia se presentan también de manera crónica. En este caso se vuelven todavía menos reconocibles, pues la sensación angustiada que los acompaña pasa aún más inadvertida que en el ataque de angustia. Esto es válido, en particular, para las diarreas, el vértigo y las parestesias. Así como el ataque de vértigo puede ser subrogado por un ataque de desmayo, el vértigo crónico puede serlo por la sensación permanente de una gran postración, cansancio, etc.

## II. Producción y etiología de la neurosis de angustia

En algunos casos de neurosis de angustia no se discierne etiología alguna. Cosa notable, en ellos no es nada difícil comprobar una grave tara hereditaria.

Ahora bien, toda vez que hay razones para considerar *adquirida* la neurosis, tras un examen cuidadoso encaminado a esa meta, uno halla como factores de eficiencia etiológica una serie de nocividades y de influjos que parten de la *vida sexual*.[14] Estos parecen al comienzo de naturaleza diversa,

[13] Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*) [*supra*, pág. 50].

[14] [Nuevos esclarecimientos sobre este pasaje figuran como réplica a una de las críticas de Löwenfeld en el segundo trabajo de Freud sobre la neurosis de angustia (1895*f*), *infra*, págs. 133-4.]

pero fácilmente dejan dilucidar el carácter común que explica su efecto uniforme sobre el sistema nervioso; por otra parte, se encuentran solos o bien junto a otros influjos nocivos *banales* a los que es lícito atribuir un efecto de refuerzo. Esta etiología sexual de la neurosis de angustia se comprueba con frecuencia tan abrumadora que me atrevo a eliminar, *a los fines de esta breve comunicación*, los casos de etiología dudosa o de otra clase.

Para la exposición más exacta de las condiciones etiológicas bajo las cuales se produce la neurosis de angustia es recomendable tratar por separado a hombres y mujeres. En individuos del *sexo femenino* —y prescindiendo de su predisposición—, la neurosis de angustia sobreviene en los siguientes casos:

*a.* Como *angustia virginal* o *angustia de las adolescentes.* Cierto número de observaciones indudables me han mostrado que un primer encuentro con el problema sexual, una revelación algo brusca de lo hasta entonces velado —sea por la visión de un acto sexual, por una comunicación o por lecturas—, puede provocar en niñas adolescentes una neurosis de angustia que de manera casi típica se combina con una histeria.[15]

*b.* Como *angustia de las recién casadas.* Señoras jóvenes que en las primeras cópulas han permanecido anestésicas caen víctimas, no rara vez, de la neurosis de angustia, que torna a desaparecer después que la anestesia ha dejado sitio a una sensibilidad normal. Puesto que la mayoría de las señoras jóvenes permanecen sanas no obstante esa anestesia inicial, para que sobrevenga aquella angustia se requieren condiciones que he de citar luego.

*c.* Como angustia de las señoras cuyo marido muestra *ejaculatio praecox* o una potencia muy aminorada, y

*d.* cuyo marido practica el *coitus interruptus* o *reservatus.*[16] Estos casos [*c* y *d*] se unifican, pues tras examinar un gran número de ejemplos es fácil convencerse de que interesa solamente que la mujer alcance o no la satisfacción

[15] [Freud citó lo fundamental de este párrafo, y le añadió una enmienda, en una nota a pie de página de su segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*), *infra*, pág. 167, *n.* 10. En *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 142-3, 149 y 268, describió el caso de «Katharina» como un ejemplo de «angustia virginal».]

[16] [En la carta enviada a Fliess el 4 de febrero de 1888, Freud le había mencionado su creencia en el daño provocado por el *coitus interruptus* (Freud, 1950*a*, Carta 3).]

en el coito. Si no la alcanza, está dada la condición para la génesis de la neurosis de angustia. En cambio, la mujer queda a salvo de la neurosis si el marido aquejado de *ejaculatio praecox* puede repetir el coito inmediatamente después con mejor éxito. El *coitus reservatus* por medio del preservativo no configura para la mujer nocividad alguna cuando ella es muy rápidamente excitable y el marido es muy potente; en caso contrario, esta variedad del comercio sexual preventivo no le va en zaga a la otra en cuanto a nocividad. El *coitus interruptus* es dañino casi por regla general. Ahora bien, para la mujer lo es sólo si el hombre lo practica sin miramiento, o sea que interrumpe el coito cuando él está próximo a eyacular, sin cuidarse del decurso excitatorio de la mujer; si, en cambio, el hombre aguarda la satisfacción de la mujer, el coito adquiere para esta última el significado de un coito normal; pero entonces es el hombre quien enferma de neurosis de angustia. He reunido y analizado gran número de observaciones, de las que resultan las tesis antes expuestas.

*e.* Como angustia de las *viudas* y *abstinentes voluntarias*, a menudo en una combinación típica con representaciones obsesivas.

*f.* Como angustia en el *climaterio*, durante el gran acrecentamiento final de la necesidad sexual.

Los casos *c*, *d* y *e* contienen las condiciones bajo las cuales la neurosis de angustia se genera en el sexo femenino con la mayor frecuencia y, en principio, independientemente de predisposición hereditaria. Para estos casos —curables, adquiridos— de neurosis de angustia intentaré demostrar que la noxa sexual descubierta constituye verdaderamente el factor etiológico de la neurosis. Me ceñiré a considerar antes las condiciones sexuales de la neurosis de angustia en *varones*. Estableceré los siguientes grupos, todos los cuales hallan sus analogías entre las mujeres:

*a.* Angustia de los *abstinentes* voluntarios, combinada a menudo con síntomas de *defensa* (representaciones obsesivas, histeria). En razón de los motivos que llevan a adoptar esa abstinencia, se cuentan en esta categoría cierto número de personas con disposición hereditaria, raros, excéntricos, etcétera.

*b.* Angustia de los varones con excitación *frustránea*[17]

[17] [«*Frustrane Erregung*»; cf. «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *supra*, pág. 82.]

(p. ej., durante el noviazgo) o de las personas que (por temor a las consecuencias del comercio sexual) se conforman con tocar o mirar a la mujer. Este grupo de condiciones (que por otra parte se puede trasferir inalterado al otro sexo: noviazgo, relaciones con abstención sexual) brinda los casos más puros de la neurosis.

*c.* Angustia de los varones que practican el *coitus interruptus.* Como ya se ha señalado, el *coitus interruptus* es nocivo para la mujer cuando se lo practica sin miramiento por la satisfacción de ella; pero cobra nocividad para el varón cuando este, atendiendo a la satisfacción de la mujer, dirige voluntariamente el coito, pospone la eyaculación. Por eso se comprende que en los matrimonios que viven en el *coitus interruptus* por lo común enferme *sólo uno* de los cónyuges. En los varones, por lo demás, el *coitus interruptus* rara vez produce neurosis de angustia pura; las más de las veces, genera una mezcla de esta con una neurastenia.

*d.* Angustia de los varones en la *senescencia.* Hay hombres que, como las mujeres, muestran un climaterio y en la época de su potencia declinante y su libido[18] creciente producen una neurosis de angustia.

Debo agregar por último dos casos que valen para ambos sexos:

α.[19] Los que son neurasténicos a consecuencia de la masturbación [cf. pág. 109, *n.* 30] sucumben a una neurosis de angustia tan pronto como abandonan su variedad de satisfacción. Estas personas se han vuelto particularmente incapaces de tolerar la abstinencia.

Señalo aquí, como algo importante para entender la neurosis de angustia, que una plasmación algo acusada de ella sólo sobreviene en varones que han permanecido potentes y en mujeres no anestésicas. En neurasténicos que por la masturbación han adquirido ya grave menoscabo en su potencia, la neurosis de angustia en caso de abstinencia se pre-

18 [Esta parece ser la primera vez que Freud empleó en una publicación el término «libido». Su aparición aquí contradice lo afirmado por él en el sentido de que Moll lo había acuñado en 1898 (cf. Freud, «Dos artículos de enciclopedia» (1923*a*), *AE*, **18**, pág. 250); y, de hecho, en *El malestar en la cultura* (1930*a*), *AE*, **21**, pág. 113, sostiene haber sido él quien introdujo el término, presumiblemente aquí. Ya lo había usado unos meses atrás en el Manuscrito F, enviado a Fliess el 18 de agosto de 1894 (Freud, 1950*a*), *AE*, **1**, pág. 235 —o quizás antes, en el Manuscrito E (*ibid.*, pág. 232)—.]

19 [En las ediciones anteriores a 1925, este caso y el siguiente aparecieron señalados con las letras «*e*» y «*f*» en lugar de «α» y «β».]

senta muy mezquina y la mayoría de las veces se limita a hipocondría y vértigos crónicos leves. En cuanto a las mujeres, es preciso considerarlas «potentes» en su mayoría; una mujer realmente impotente, o sea, realmente anestésica, es de igual modo poco proclive a la neurosis de angustia y tolera llamativamente bien los mencionados influjos nocivos.

Prefiero no elucidar aquí todavía hasta dónde sería lícito suponer unos vínculos constantes entre factores etiológicos singulares y síntomas singulares extraídos del complejo de la neurosis de angustia.

β. La última de las condiciones etiológicas que debo señalar no parece a primera vista de naturaleza sexual. Y es que *también la neurosis de angustia se genera*, y ciertamente en ambos sexos, por el factor del trabajo excesivo, del empeño agotador —p. ej., tras vigilias nocturnas, el cuidado de enfermos y aun luego de enfermedades graves—.

La principal objeción a mi enunciado de una etiología sexual para la neurosis de angustia aducirá, sin duda, que dada la general difusión de relaciones anormales de esta clase en la vida sexual, uno las hallaría toda vez que las buscase. Entonces, que aparecieran en los citados casos de neurosis de angustia no probaría que en ellas se hubiera descubierto la etiología de la neurosis. Por otra parte, se dirá que el número de los que practican el *coitus interruptus* y similares es incomparablemente mayor que el de los aquejados de neurosis de angustia, y la abrumadora mayoría de aquellos goza de buena salud no obstante ese influjo nocivo.

A ello replicaré que dada la frecuencia, que se reconoce grandísima, de las neurosis, y de la neurosis de angustia en especial, ciertamente no se podría esperar un factor etiológico de *rara* ocurrencia; además, que no hace sino cumplir un postulado de la patología poder demostrar, en una indagación etiológica, que el factor etiológico es más frecuente que su efecto, pues para este último caso se requieren todavía otras condiciones (predisposición, sumación de la etiología específica, refuerzo por otros influjos nocivos de carácter banal);[20] y, por otro lado, que la disección detallada de casos apropiados de neurosis de angustia muestra de manera totalmente inequívoca la significatividad del factor sexual. Pero aquí me limitaré exclusivamente al factor etiológico del *coitus interruptus*, y a presentar algunas experiencias singulares probatorias.

[20] [Esta argumentación es desarrollada con más claridad en «La etiología de la histeria» (1896*c*), *infra*, pág. 208.]

1. Siempre que en señoras jóvenes la neurosis de angustia no está aún constituida, sino que se manifiesta en unos amagos que desaparecen cada vez de manera espontánea, se puede demostrar que esas oleadas de la neurosis se remontan, una a una, a coitos con satisfacción faltante. Dos días después de ese influjo, o el día siguiente en personas de poca resistencia, aflora por regla general el ataque de angustia o de vértigo, al que se suman otros síntomas de la neurosis, para ir aminorando luego todos —si el comercio conyugal es más bien raro—. Un viaje casual del marido, una estadía en la montaña que suponga la separación de los cónyuges, tendrán buen efecto; el tratamiento ginecológico, al que se suele acudir en primer lugar, beneficia porque mientras dura se cancela el comercio conyugal. Cosa singular, el éxito del tratamiento local es efímero, la neurosis se reinstala también en la residencia veraniega tan pronto el marido comienza a su turno sus vacaciones, etc. Pero si un médico conocedor de esta etiología hace sustituir, en una neurosis aún no constituida, el *coitus interruptus* por un comercio normal, obtendrá la prueba *terapéutica* de la tesis aquí formulada. La angustia es removida y no retorna sin mediar una nueva ocasión semejante.

2. En la anamnesis de muchos casos de neurosis de angustia, tanto en hombres como en mujeres, se descubre una llamativa oscilación en la intensidad de los fenómenos, y aun en la aparición y desaparición del estado íntegro. Cierto año todo anduvo casi a las mil maravillas, pero el siguiente fue terrible, etc. En una ocasión la mejoría pareció deberse a cierta cura, que al siguiente ataque resultó infructuosa, y así. Si uno averigua el número y la secuencia de los hijos y coteja esta crónica matrimonial con la curiosa trayectoria de la neurosis, obtendrá esta solución simple: los períodos de mejoría o de bienestar coinciden con los embarazos de la mujer, durante los cuales, desde luego, no había motivo para adoptar prevenciones en el comercio sexual. Pero al marido —se creyó— lo había beneficiado aquella cura, fuera la del pastor Kneipp[21] o la de un instituto de hidroterapia, luego de la cual encontró a su mujer grávida.

3. Por la anamnesis de los enfermos se averigua a menudo que los síntomas de la neurosis de angustia relevaron en cierto momento a los de otra neurosis, por ejemplo una neurastenia, ocupando su lugar. En tales casos, por lo general se puede comprobar que poco antes de ese cambio de vía

[21] [El episodio a que esto se refiere es descrito con más detalle en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*), *infra*, págs. 265-6.]

{*Wechsel*} acontecido en el cuadro clínico sobrevino un cambio de vía correspondiente en la modalidad del influjo sexual nocivo.

Mientras que experiencias de este tipo, que se podrían multiplicar a voluntad, imponen sin más al médico la etiología sexual para cierta categoría de casos, otros, que de lo contrario permanecerían ininteligibles, se dejan al menos comprender y clasificar sin contradicción por medio de la clave de la etiología sexual. Son aquellos, numerosísimos, en que sin duda está presente todo cuanto hemos hallado en la categoría anterior —los fenómenos de la neurosis de angustia por un lado, el factor específico del *coitus interruptus* por el otro—, pero en los cuales se interpola otra cosa, a saber, un prolongado intervalo entre la etiología presunta y su efecto, y tal vez, además, unos factores de naturaleza no sexual. Por ejemplo, a un hombre le da un ataque cardíaco cuando recibe la noticia de la muerte de su padre, y desde entonces lo aqueja la neurosis de angustia. El caso no se comprende, pues ese hombre no era neurótico hasta ese momento; la muerte del padre venerado en modo alguno sobrevino bajo circunstancias particulares, y se admitirá que el fallecimiento normal y esperado de un padre anciano no se incluye entre las vivencias que pudieran enfermar a un adulto sano. Quizás el análisis etiológico cobre más trasparencia si agrego que ese hombre practica desde hace once años el *coitus interruptus* con miramiento por la satisfacción de su mujer. Los fenómenos son, al menos, exactamente los mismos que aparecen en otras personas tras una breve nocividad sexual de esta clase y sin que ocurriera entretanto ningún otro trauma.[22] Corresponde apreciar en parecidos términos el caso de una señora cuya neurosis estalla tras la pérdida de un hijo, o el del estudiante que es perturbado por la neurosis de angustia en la preparación de su examen final. Ni aquí ni allí hallo explicado el efecto por la etiología indicada. No es forzoso contraer «*surmenage*» por el estudio,[23] y una madre sana suele reaccionar a la pérdida de un hijo sólo con un duelo normal. Y sobre todo, mi expectativa sería que el estudiante adquiriera en virtud de ese

[22] [Este caso y el del estudiante, luego mencionado, se examinan nuevamente en el segundo trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*f*), *infra*, págs. 126-7. Freud había descrito el primero en forma sucinta en una carta a Fliess del 6 de octubre de 1893 (Freud, 1950*a*, Carta 14), *AE*, **1**, pág. 224.]

[23] [Vuelve a aludirse al *surmenage* en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*), *infra*, pág. 265.]

*surmenage* una cefalastenia,[24] y una histeria la madre de nuestro ejemplo. Pero que ambos contraigan una neurosis de angustia me mueve a atribuir valor al hecho de que la madre vive desde hace ocho años con *coitus interruptus*, mientras que el estudiante, desde hace tres, mantiene una cálida relación amorosa con una muchacha «decente» a quien tiene prohibido preñar.

Estas puntualizaciones rematan en la tesis de que la nocividad sexual específica del *coitus interruptus*, donde no sea este capaz de provocar por sí solo la neurosis de angustia, al menos predispone a su adquisición. La neurosis de angustia estalla entonces tan pronto como al efecto latente del factor específico se suma el efecto de otro influjo nocivo, banal. Este último puede subrogar cuantitativamente al factor específico, pero no sustituirlo cualitativamente. El factor específico sigue siendo el que comanda la forma de la neurosis. Espero poder demostrar esta tesis con mayores alcances para la etiología de las neurosis.

Nuestras últimas elucidaciones contienen además el supuesto, no inverosímil en sí mismo, de que un influjo sexual nocivo como el *coitus interruptus* llega a cobrar efecto por sumación. Según cuál sea la predisposición del individuo y el restante lastre de su sistema nervioso, hará falta un tiempo más o menos largo antes que se patentice el efecto de esta sumación. Los individuos que en apariencia toleran sin inconveniente el *coitus interruptus*, en realidad quedan predispuestos por este a perturbaciones propias de la neurosis de angustia, que pueden estallar espontáneamente en cualquier momento o luego de un trauma banal que sería desproporcionado para ello, así como el alcohólico crónico termina desarrollando por el camino de la sumación una cirrosis o alguna otra enfermedad, o bien cae en delirio a raíz de una fiebre.[25]

24 [Al referirse nuevamente a este caso en «A propósito de las críticas a la «"neurosis de angustia"» (1895*f*), *infra*, págs. 127-8, Freud emplea el término «cerebrastenia».]

25 [Cf. «A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"» (1895*f*), *infra*, pág. 130. La «sumación» de los traumas en casos de histeria había sido examinada por Freud en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 186. En un trabajo inédito de esta época puso mucho énfasis en la importancia de la sumación en la etiología de la migraña; cf. Freud (1950*a*), Manuscrito I, *AE*, **1**, pág. 253, y también «A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"» (1895*f*), *infra*, pág. 132.]

## III. Esbozos para una teoría de la neurosis de angustia

Las consideraciones que siguen no reclaman más valor que el de un primer ensayo, tentativo, y el juicio que merezcan no debiera influir sobre la aceptación de los *hechos* contenidos en lo anterior. Por añadidura, la apreciación de esta «teoría de la neurosis de angustia» se verá dificultada a causa de que ella corresponde meramente a una parte desgajada de una exposición más amplia sobre las neurosis.

En lo expuesto hasta aquí sobre la neurosis de angustia hay ya algunos puntos de apoyo para una visión del mecanismo de esta neurosis. Primero, la conjetura de que quizá se trate de una acumulación de excitación [pág. 93]; luego, el importantísimo hecho de que la *angustia* que está en la base de los fenómenos de esta neurosis no admite *ninguna derivación psíquica.* Se obtendría una derivación así, por ejemplo, si se hallara en la base de la neurosis de angustia un terror justificado que se sufrió una vez sola, o repetidas veces, y desde entonces proporcionó la fuente para el apronte de angustia. Pero este no es el caso; por un terror repentino se puede ciertamente adquirir una histeria o una neurosis traumática, pero *nunca* una neurosis de angustia. Como el *coitus interruptus* ocupa tan primerísimo plano entre las causas de la neurosis de angustia, al comienzo yo pensaba que la fuente de la angustia continuada podría situarse en el miedo, repetido con cada acto, de que la técnica fracasara y se produjese la concepción. Pero he descubierto que la presencia de ese estado de ánimo en la mujer o en el varón durante el *coitus interruptus* es indiferente para la génesis de la neurosis de angustia, pues señoras en el fondo desinteresadas de las consecuencias de una posible concepción están expuestas a esta neurosis en igual medida que las temerosas de esa posibilidad, y sólo importa cuál de las dos partes es despojada de su satisfacción por esa técnica sexual.

Otro punto de apoyo nos lo ofrece una observación que no hemos mencionado todavía: en series enteras de casos, la neurosis de angustia se conjuga con el más nítido aminoramiento de la libido sexual, del *placer psíquico,*[26] a punto tal que cuando se les dice a los enfermos que su padecer se debe a una «insuficiente satisfacción», por lo común responden que eso es imposible, pues justamente ahora toda

[26] [Cf. mi «Nota introductoria», *supra,* pág. 88.]

necesidad se ha extinguido en ellos. Todos estos indicios —a saber: que se trata de una acumulación de excitación; que la angustia, correspondiente probable de esa excitación acumulada, es de origen somático, con lo cual lo acumulado sería una excitación somática; y además, que esa excitación somática es de naturaleza sexual y va apareada con una mengua de la participación psíquica en los procesos sexuales—, todos estos indicios, digo, favorecen la expectativa de que *el mecanismo de la neurosis de angustia haya de buscarse en ser desviada de lo psíquico la excitación sexual somática y recibir, a causa de ello, un empleo anormal.*

Es posible aclararse esta representación del mecanismo de la neurosis de angustia si se acepta el siguiente abordaje del proceso sexual, referido en primer término al varón. En el organismo masculino sexualmente maduro se produce —es probable que de una manera continua— la excitación sexual somática que periódicamente deviene un estímulo para la vida psíquica. Si, para fijar mejor nuestras representaciones sobre esto, suponemos que la excitación sexual somática se exterioriza como una presión sobre la pared, provista de terminaciones nerviosas, de las vesículas seminales, entonces esta excitación visceral aumentará de una manera continua pero sólo a partir de cierta altura será capaz de vencer la resistencia {*Widerstand*} de la conducción interpolada hasta la corteza cerebral y exteriorizarse como estímulo psíquico.[27] Ahora bien, en ese momento será dotado de energía[28] el grupo de representación sexual presente en la psique, y se generará el estado psíquico de tensión libidinosa que conlleva el esfuerzo {*Drang*} a cancelar esa tensión. Este alivio psíquico sólo es posible por el camino que designaré acción *específica* o *adecuada.*[29] Tal acción adecuada consiste, para la pulsión sexual masculina, en un complicado acto reflejo espinal que tiene por consecuencia el aligeramiento de aquellas terminaciones nerviosas, y en todos los preparativos que se deben operar en lo psíquico para desencadenar ese reflejo. Algo diverso de la acción adecuada no tendría ningún fruto,

[27] [Esta teoría acerca del proceso de excitación sexual fue reenunciada en el tercero de los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905*d*), *AE*, **7**, pág. 195, aunque allí Freud formuló algunas objeciones contra ella.]

[28] [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, pág. 50, *n.* 10.]

[29] [Estas elucidaciones se hallarán reproducidas en términos similares en el Manuscrito E de la correspondencia con Fliess, titulado «¿Cómo se genera la angustia?» (Freud, 1950*a*), *AE*, **1**, pág. 231. Son, además, ilustradas por un diagrama en el Manuscrito G, *ibid.*, pág. 242. Cf. mi «Nota introductoria», *supra*, págs. 88-9.]

pues la excitación sexual somática, una vez que alcanzó el valor de umbral, se traspone de continuo en excitación psíquica; imprescindiblemente tiene que ocurrir aquello que libera a las terminaciones nerviosas de la presión que sobre ellas gravita, y así cancela toda la excitación somática existente por el momento y permite a la conducción subcortical restablecer su resistencia.

Me abstendré de figurar de la misma manera casos más complicados del proceso sexual. Sólo quiero sostener que este esquema se puede trasferir en lo esencial también a la mujer, no obstante todo el retardo artificial y toda la atrofia de la pulsión sexual femenina, que embrollan el problema. *También para la mujer* cabe suponer una excitación sexual somática y un estado en que esta excitación deviene estímulo psíquico, libido, y provoca el esfuerzo hacia la acción específica a la que se anuda el sentimiento de voluptuosidad. Sólo que en el caso de la mujer somos incapaces de indicar qué sería lo análogo a la distensión de las vesículas seminales.

Ahora bien, dentro del marco de esta figuración del proceso sexual se puede incluir la etiología tanto de la neurastenia genuina como de la neurosis de angustia. Se genera neurastenia toda vez que el aligeramiento adecuado (la acción adecuada) es sustituido por uno menos adecuado, o sea, cuando al coito normal, realizado en las condiciones más favorables, lo remplaza una masturbación o una polución espontánea;[30] en cambio, llevan a la neurosis de angustia todos los factores que estorban el procesamiento psíquico de la excitación sexual somática.[31] Los fenómenos de la neurosis de angustia se producen cuando la excitación sexual somática *desviada de la psique se gasta subcorticalmente*, en reacciones de ningún modo adecuadas.

Ahora intentaré examinar las condiciones etiológicas de la neurosis de angustia antes enumeradas [págs. 99-103] para averiguar si es posible discernir en ellas ese carácter común que postulo. Como primer factor etiológico mencioné, para el varón, la abstinencia voluntaria. La abstinencia consiste en la denegación {*Versagung*, «frustración»} de la acción específica que de ordinario sigue a la libido. Tal denegación podrá tener una de dos consecuencias: [en primer lugar,] puede

[30] [El papel que cumple la masturbación en la etiología de la neurastenia es sumariamente mencionado en «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), *infra*, pág. 150, y discutido más cabalmente en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*), *infra*, págs. 267-8.]

[31] [Freud pudo aún repetir estas palabras confirmatoriamente en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), *AE*, **20**, pág. 133.]

ocurrir que la excitación somática se acumule y luego principalmente sea desviada por otros caminos, distintos del que pasa por la psique, que le prometan un aligeramiento mayor, en cuyo caso la libido terminará por descender y la excitación se exteriorizará subcorticalmente como angustia; [en segundo lugar,] si la libido no es disminuida, o la excitación somática se gasta por el atajo de unas poluciones, o realmente se agota a consecuencia del refrenamiento, se genera cualquier otra cosa, no una neurosis de angustia. De aquel modo, pues, la abstinencia lleva a la neurosis de angustia. Pero la abstinencia es también lo eficiente en el segundo grupo etiológico, el de la excitación frustránea. El tercer caso, el del *coitus reservatus* con miramiento por la mujer, influye perturbando el apronte psíquico para el decurso sexual, pues introduce otra tarea psíquica, una tarea distractiva, junto a la de dominar {*Bewältigung*} el afecto sexual. Como también en virtud de esta desviación psíquica desaparece poco a poco la libido, la ulterior trayectoria es la misma que en el caso de la abstinencia. La angustia en la senescencia (el climaterio de los varones) requiere otra explicación. Aquí la libido no cede. Pero sobreviene, como durante el climaterio de las mujeres, un acrecentamiento tal en la producción de la excitación somática que la psique prueba ser relativamente insuficiente para dominarla.

No nos depara dificultades mayores subsumir bajo el punto de vista mencionado las condiciones etiológicas en el caso de la mujer. El ejemplo de la angustia virginal es particularmente claro. Es que aquí no se han desarrollado todavía lo bastante los grupos de representación con los cuales está destinada a enlazarse la excitación sexual somática. En las recién casadas anestésicas, la angustia sólo aparece cuando los primeros coitos despiertan una medida suficiente de excitación somática; toda vez que faltan los signos locales de esa condición excitada (como una sensación de estimulación espontánea, ganas de orinar, etc.), también está ausente la angustia. Los casos de *ejaculatio praecox* y de *coitus interruptus* se explican de parecida manera que en el varón, por desaparecer poco a poco la libido para ese acto psíquicamente insatisfactorio, al par que la excitación por él despertada se gasta subcorticalmente. En la mujer se establece más rápido, y es más difícil de eliminar, la *enajenación* {*Entfremdung*} entre lo somático y lo psíquico[32] en el decurso de la excitación sexual. Los casos de la viudez y la abstinencia voluntaria,

[32] [Esta frase aparece, en la correspondencia con Fliess, hacia el final del Manuscrito E y en la discusión del Caso 1 del Manuscrito F (Freud, 1950*a*), *AE*, **1**, págs. 233 y 236.]

así como el del climaterio, se tramitan en la mujer exactamente igual que en el varón; no obstante, en la abstinencia viene a sumarse por cierto la represión deliberada del círculo de representación sexual, a la cual a menudo tiene que decidirse la señora abstinente en lucha contra la tentación; y parecido efecto tendría en la época de la menopausia el horror que siente la mujer que envejece hacia la libido devenida hipertrófica.

También las dos condiciones etiológicas citadas en último término [pág. 102] parecen subsumirse sin dificultad. En los masturbadores devenidos neurasténicos, la inclinación a la angustia se explica por la extrema facilidad con que esas personas caen en el estado de la «abstinencia» después que arrastran de tan antiguo el hábito de procurar a cualquier cantidad pequeña de excitación somática una descarga, por deficiente que esta sea. Por fin, el último caso —la génesis de la neurosis de angustia por una enfermedad grave, *surmenage*, el agotador cuidado de un enfermo, etc.— admite una interpretación fácil por apuntalamiento en la modalidad de eficacia del *coitus interruptus*; aquí, la psique, por desviación, deviene insuficiente para dominar la excitación sexual somática, tarea que es de su continua incumbencia. Se sabe cuánto puede descender la libido en tales condiciones, y se tiene aquí un buen ejemplo de una neurosis que por cierto *no tiene ninguna etiología sexual, pese a lo cual deja discernir un mecanismo sexual.*

La concepción aquí desarrollada presenta los síntomas de la neurosis de angustia, en alguna medida, como unos *subrogados* de la acción específica omitida que sigue a la excitación sexual. A modo de otra confirmación, apunto que también en el coito normal la excitación se gasta, colateralmente, como agitación respiratoria, palpitaciones del corazón, oleada de sudor, congestión, etc. Y en el correspondiente ataque de angustia de nuestra neurosis tenemos la disnea, las palpitaciones del corazón, etc., aislados del coito y acrecentados.[33]

Aún se podría preguntar: ¿Por qué el sistema nervioso, bajo esas circunstancias de una insuficiencia psíquica para dominar la excitación sexual, cae en el peculiar estado afectivo de la *angustia*? Cabe responder, a modo de sugerencia:

[33] [Esta teoría, ya expuesta en el Manuscrito E de la correspondencia con Fliess (Freud, 1950*a*), *AE*, **1**, pág. 234, fue retomada en el historial clínico de «Dora» (1905*e*), *AE*, **7**, págs. 70-1. Más adelante, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), *AE*, **20**, págs. 126-7, Freud vinculó estos síntomas de la angustia con los fenómenos que acompañan el nacimiento.]

La psique cae en el *afecto* de la angustia cuando se siente incapaz para tramitar, mediante la reacción correspondiente, una tarea (un peligro) que *se avecina desde afuera*; cae en la *neurosis* de angustia cuando se nota incapaz para reequilibrar la excitación (sexual) *endógenamente generada. Se comporta entonces como si ella proyectara la excitación hacia afuera.* El afecto, y la neurosis a él correspondiente, se sitúan en un estrecho vínculo recíproco; el primero es la reacción ante una excitación exógena, y la segunda, la reacción ante una excitación endógena análoga. El afecto es un estado en extremo pasajero, en tanto que la neurosis es crónica; ello se debe a que la excitación exógena actúa como un golpe único, y la endógena como una fuerza constante.[34] *El sistema nervioso reacciona en la neurosis ante una fuente interna de excitación, como en el afecto correspondiente lo hace ante una análoga fuente externa.*

## IV. Nexo con otras neurosis

Restan todavía algunas puntualizaciones sobre los nexos de la neurosis de angustia con las otras neurosis, en el orden de su producción e íntimo parentesco.

Los casos más puros de neurosis de angustia son casi siempre los más acusados. Se los encuentra en individuos jóvenes potentes, con una etiología unitaria y una duración no demasiado larga de la enfermedad.

Más frecuente es, en verdad, la producción simultánea y común de síntomas de angustia junto con otros de neurastenia, histeria, representaciones obsesivas, melancolía. Si por esa contaminación clínica uno pretendiera abstenerse de reconocer a la neurosis de angustia como una unidad autónoma, para ser consecuente tendría que renunciar también a la separación, laboriosamente trazada, entre histeria y neurastenia.

Para el análisis de las «neurosis mixtas» puedo sustentar esta importante tesis: *Toda vez que se presenta una neurosis mixta, se puede demostrar una contaminación entre varias etiologías específicas.*

Semejante multiplicidad de factores etiológicos, condi-

[34] [Esto mismo fue enunciado por Freud veinte años más tarde, con palabras casi idénticas —salvo que en vez de «excitación exógena» empleó «estímulo», y en vez de «excitación endógena», «pulsión»—, en «Pulsiones y destinos de pulsión» (1915*c*), *AE*, **14**, pág. 114.]

cionantes de una neurosis mixta, puede producirse por mero azar, por ejemplo si un nuevo influjo nocivo agrega sus efectos a los de uno preexistente. Así, una señora que fue desde siempre histérica ingresa en cierto período de su matrimonio en el *coitus reservatus* y adquiere entonces, además de su histeria, una neurosis de angustia; un hombre que hasta cierto momento se había masturbado, y por eso contrajo neurastenia, se pone de novio, se excita con su prometida, y entonces se suma a la neurastenia una neurosis de angustia de reciente génesis.

Pero en otros casos la pluralidad de factores etiológicos no es azarosa, sino que uno de ellos pone en vigencia al otro. Por ejemplo, una señora, cuyo marido practica el *coitus reservatus* sin miramiento por la satisfacción de ella, se ve constreñida a acabar mediante masturbación la excitación penosa que le queda luego de ese acto; y en lo sucesivo no muestra una neurosis de angustia pura, sino, además, síntomas de neurastenia. Otra señora, bajo idéntico influjo nocivo, tiene que luchar con unas imágenes lascivas de las que quiere defenderse, y así, en virtud del *coitus interruptus* adquirirá, junto a la neurosis de angustia, unas representaciones obsesivas. Una tercera, por último, a consecuencia del *coitus interruptus* perderá la inclinación hacia su marido, concebirá otra simpatía que mantendrá cuidadosamente en secreto, y a raíz de ello presentará una mezcla de neurosis de angustia y de histeria.

En una tercera categoría de neurosis mixtas el nexo entre los síntomas es todavía más estrecho, pues la misma condición etiológica provocará, simultáneamente y con arreglo a ley, las dos neurosis. Por ejemplo, el esclarecimiento sexual repentino que hemos hallado en la angustia virginal producirá siempre, además [de neurosis de angustia], histeria; los casos frecuentísimos de abstinencia voluntaria se enlazan desde el comienzo con unas genuinas representaciones obsesivas; y me parece que el *coitus interruptus* de los varones nunca puede provocar una neurosis de angustia pura, sino siempre una mezcla de neurosis de angustia con neurastenia, etc.

De estas elucidaciones se infiere que es preciso distinguir entre las condiciones etiológicas para la producción de las neurosis y los factores etiológicos específicos de ellas. Las primeras —p. ej., el *coitus interruptus*, la masturbación, la abstinencia—, son todavía multívocas y capaces de producir una cualquiera entre diferentes neurosis; sólo los factores etiológicos de aquellas abstraídos, como un *aligeramiento inadecuado*, una *insuficiencia psíquica*, una *defensa con sus-*

*titución*, poseen un nexo inequívoco y específico con la etiología de cada una de las grandes neurosis.[35]

En el orden de su esencia interna, la neurosis de angustia muestra las más interesantes concordancias y diferencias con las otras grandes neurosis, en particular la neurastenia y la histeria. Con la neurastenia comparte este carácter capital: que la fuente de excitación, la ocasión para la perturbación, reside en el ámbito somático y no, como en la histeria y la neurosis obsesiva, en el ámbito psíquico. Pero, por otra parte, se puede discernir cierta relación de oposición entre los síntomas de la neurastenia y los de la neurosis de angustia, que acaso se expresaría bajo estos títulos: «acumulación de excitación» – «empobrecimiento de excitación». Esa relación de oposición no impide que ambas neurosis se mezclen entre sí, pero se revela en que las formas más extremas son en ambos casos también las más puras.

Con la histeria, la neurosis de angustia muestra en primer término una serie de concordancias en la sintomatología, que aún esperan una apreciación más exacta. La aparición de los fenómenos como síntomas duraderos o en ataques, las parestesias agrupadas a modo de aura, las hiperestesias y puntos de opresión que hallamos en ciertos subrogados del ataque de angustia, en la disnea y en el ataque cardíaco, el acrecentamiento (por conversión) de dolores acaso justificados orgánicamente: estos y otros rasgos comunes permiten conjeturar que mucho de lo que se atribuye a la histeria debería incluirse con más derecho en la neurosis de angustia. Y si se considera el mecanismo de las dos neurosis, tal como hasta ahora hemos podido penetrarlo, se dilucidan unos puntos de vista que hacen aparecer a la neurosis de angustia directamente como el correspondiente somático de la histeria. Aquí como allí, acumulación de excitación (en lo cual quizá tenga su fundamento la ya descrita semejanza entre los síntomas); aquí como allí, *una insuficiencia psíquica, a consecuencia de la cual se producen unos procesos somáticos anormales.* Aquí como allí, en vez de un procesamiento psíquico interviene una desviación de la excitación hacia lo somático; la diferencia reside meramente en que la excitación en cuyo desplazamiento {descentramiento} se exterioriza la neurosis es puramente somática en la neurosis de angustia (la excitación sexual somática), mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto). Por eso no puede asombrar que histeria y neurosis de angustia se combinen regular-

[35] [El problema etiológico es discutido con sumo detalle en «A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"» (1895*f*), *infra*, págs. 135 y sigs.]

mente entre sí, como en el caso de la «angustia virginal» o en el de la «histeria sexual»; que la histeria tome simplemente prestados a la neurosis de angustia cierto número de síntomas, etc. Estos íntimos nexos entre la neurosis de angustia y la histeria nos proporcionan, además, un nuevo argumento para promover la separación de la neurosis de angustia respecto de la neurastenia; pues si uno rehúsa hacer esto, tampoco podrá seguir sosteniendo el distingo entre neurastenia e *histeria, tan trabajosamente* logrado y tan indispensable para la teoría de las neurosis.

Viena, diciembre de 1894

# A propósito de las críticas a la «neurosis de angustia» (1895)

# Nota introductoria

## «Zur Kritik der "Angstneurose"»

*Ediciones en alemán*

1895 *Wien. klin. Rdsch.*, **9**, nº 27, págs. 417-9; nº 28, págs. 435-7, y nº 29, págs. 451-2. (7, 14 y 21 de julio.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 94-111. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 343-62.
1952 *GW*, **1**, págs. 357-76.

*Traducciones en castellano**

1926(?) «Crítica de las neurosis de angustia». *BN* (17 vols.), **11**, págs. 214-35. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **11**, págs. 199-218. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 212-20. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **11**, págs. 159-73. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 211-9. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 199-208. El mismo traductor.

Este trabajo fue resumido por Freud bajo el número XXXIII en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897*b*), *infra*, pág. 245.

Aparecido que hubo, en enero de 1895, el primer artículo de Freud sobre la neurosis de angustia (1895*b*), una apre-

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xii y *n.* 6.}

ciación crítica de Löwenfeld fue publicada en el número de marzo de *Neurologisches Zentralblatt*. El presente artículo es la réplica de Freud. Leopold Löwenfeld (1847-1923) era un conocido psiquiatra de Munich. Allegado a Freud, mantuvo con este una perdurable amistad. En dos libros suyos incluyó capítulos escritos por aquel, asistió en 1908 y 1910 a los dos primeros Congresos Psicoanalíticos, y aun leyó en el segundo de ellos un trabajo sobre el hipnotismo. Empero, nunca aceptó del todo las ideas de Freud. En la 16ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, **16**, págs. 224-5, Freud afirma que esta polémica no afectó sus buenas relaciones.

La importancia del presente trabajo radica principalmente en el detallado análisis que Freud hace en él sobre lo que denomina «la ecuación etiológica», vale decir, las relaciones entre las diferentes *clases* de causas que contribuyen a la génesis de una neurosis (o, en general, de cualquier otra enfermedad). La cuestión ya había sido esbozada en una comunicación a Fliess del 8 de febrero de 1893 (Freud, 1950*a*, Manuscrito B), *AE*, **1**, pág. 218,[1] y volvió a tratársela en el trabajo en francés «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*). Se alude nuevamente a la «ecuación etiológica» —todos cuyos elementos deben cumplirse para que se manifieste una neurosis— diez años más tarde, en «Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis» (1906*a*), *AE*, **7**, pág. 270, y reaparece en «Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica» (1910*d*), *AE*, **11**, pág. 140. A partir de entonces, fue diluyéndose poco a poco, absorbida por el entrelazamiento de los caracteres hereditarios y adquiridos —los dos conjuntos fundamentales de factores determinantes de las neurosis—, y culminando con la introducción del concepto de «series complementarias» en la 22ª y 23ª *Conferencias de introducción*, *AE*, **16**, págs. 316 y 330. Hay un pasaje de *Tres ensayos de teoría sexual* (1905*d*) que muestra con claridad esta transición. En oraciones agregadas a esa obra en 1915, Freud se refiere en dos oportunidades a una «serie etiológica», «en la cual las intensidades decrecientes de un factor son compensadas por las crecientes del otro» (*AE*, **7**, pág. 219). En 1920, *después* de las *Conferencias de introducción*, modificó esa frase colocando en su lugar «serie complementaria»; pero

[1] Aunque conceptualmente es de más antigua data, pues ya aparece entre los primeros escritos psicológicos de Freud que han sobrevivido: el bosquejo de la «Comunicación preliminar» titulado «Nota III» (1941*b* [1892]) y una carta a Breuer aún anterior, del 29 de junio de 1892 (Freud, 1941*a*).

sólo lo hizo en uno de los dos lugares, dejando el otro tal cual. Así pues, se mantuvieron, con poco espacio de distancia, las dos versiones de la expresión, que muestran la línea sucesoria desde la ecuación etiológica hasta la serie complementaria.

James Strachey

En el segundo número del *Neurologisches Zentralblatt* de Mendel correspondiente a 1895, publiqué un breve ensayo donde proponía separar de la neurastenia una serie de estados nerviosos y concederles autonomía bajo el nombre de «neurosis de angustia».[1] Me movía a ello una coincidencia constante entre caracteres clínicos y etiológicos, que tiene todos los títulos para decidir una división. En efecto, hallé —descubrimiento en el que E. Hecker se me había anticipado—[2] que todos los síntomas neuróticos en cuestión se podían compendiar como pertenecientes a la expresión de la *angustia*, y, a partir de mis empeños por dilucidar la etiología de las neurosis, pude añadir que estas piezas del complejo «neurosis de angustia» permiten discernir unas condiciones etiológicas particulares, casi opuestas a las que rigen para la neurastenia.

Mis experiencias me habían enseñado que, en la etiología de las neurosis (al menos de los casos *adquiridos* y las formas *adquiribles*), factores sexuales desempeñan un papel sobresaliente, descuidado en demasía, de suerte que una afirmación como «la etiología de las neurosis reside en la sexualidad», a pesar de toda su inevitable incorrección *per excessum et defectum*, se aproxima más a la verdad que las doctrinas hoy dominantes. Otra tesis a la que me esforzaba la experiencia era que las diversas noxas sexuales no aparecían indistintamente en la etiología de todas las neurosis, sino que existían unos lazos particulares e inequívocos entre ciertas noxas y ciertas neurosis. Yo tenía así derecho a suponer que había descubierto las causas *específicas* de las neurosis singulares. Luego procuré resumir en una fórmula breve la particularidad de las noxas sexuales constitutivas de la etiología de la neurosis de angustia, y arribé

[1] «Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"» (1895*b*) [*supra*, págs. 91 y sigs.].

[2] Hecker, 1893. [Cf. «Sobre la justificación...» (1895*b*), *supra*, pág. 92. Freud mencionó también el trabajo de Hecker en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 265.]

(*apuntalándome en mi concepción del proceso sexual*)[3] a esta tesis: produce neurosis de angustia todo cuanto aparte de lo psíquico la tensión sexual somática, todo cuanto perturbe el procesamiento psíquico de ella. Y si uno se remonta a las constelaciones concretas dentro de las cuales este factor cobra vigencia, obtiene la aseveración de que una abstinencia [sexual] voluntaria o involuntaria, un comercio sexual con satisfacción insuficiente, el *coitus interruptus*, el desvío del interés psíquico respecto de la sexualidad, etc., son los factores etiológicos específicos de la por mí llamada «neurosis de angustia».

Cuando preparaba la comunicación a que aquí me refiero para publicarla, en modo alguno me engañaba sobre su poder de convicción. En primer lugar, me decía que daba sólo una exposición sucinta, incompleta, y hasta de difícil inteligencia en ciertos pasajes, aunque quizá bastara para preparar la expectativa de los lectores. Es que apenas aducía yo ejemplos, y no mencionaba cifra alguna; ni siquiera rozaba la técnica para establecer la anamnesis, no preveía nada para aventar posibles malentendidos, no consideraba otras objeciones que las más obvias, y en cuanto a la doctrina misma, sólo ponía de relieve la tesis principal sin enunciar sus limitaciones. Así las cosas, cada quien podía formarse realmente su propia opinión sobre la fuerza probatoria de todo el enunciado. Pero también podía yo contar con otro obstáculo para la aquiescencia. Sé muy bien que con la «etiología sexual» de las neurosis no he producido nada nuevo; que en la bibliografía médica nunca faltaron corrientes subterráneas que dieran razón de estos hechos, y aun la medicina oficial de las academias tuvo noticia de ellos. Sólo que esta última hizo como si nada supiera; no dio empleo alguno a esa noticia, no extrajo de ella ninguna conclusión. Una conducta así no puede menos que tener un fundamento profundo; quizá sea una suerte de horror a examinar constelaciones sexuales, o una reacción frente a intentos de explicación más antiguos, que consideraba superados. Comoquiera que fuese, no se podía menos que estar preparado para chocar con resistencias si se osaba volver digno de crédito para otros algo que habrían podido descubrir por sí mismos sin trabajo alguno.

Dada esta situación, acaso habría sido más adecuado no responder a objeciones críticas antes que yo me manifestara más prolijamente sobre este complicado tema, y consiguiera hacerlo más inteligible. Pero no puedo contrariar los moti-

[3] «Sobre la justificación...» (1895*b*), *supra*, pág. 108.

vos que me llevan a impugnar sin demora una crítica reciente de mi doctrina sobre la neurosis de angustia. Y ello a causa de la persona del crítico, L. Löwenfeld, de Munich, el autor de *Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie* {Patología y terapia de la neurastenia y la histeria},[4] cuyo juicio tiene títulos para pesar entre el público médico; y también por una concepción que el informe de Löwenfeld me endosa, consistente en un malentendido, y por otra razón además: desde el comienzo mismo querría combatir la impresión de que mi doctrina se puede refutar tan fácilmente, como de pasada, con las primeras objeciones que a uno le acuden.

Con certera mirada, Löwenfeld[5] descubre en esto lo esencial de mi trabajo: yo asevero que los síntomas de angustia tienen una etiología específica y unitaria de naturaleza sexual. Y si ello no se pudiera comprobar como un hecho, desaparecería también el fundamento para separar de la neurastenia una neurosis de angustia autónoma. Resta, es verdad, una dificultad sobre la que yo llamé la atención,[6] y es que los síntomas de angustia presentan unos nexos tan inequívocos con la histeria que, si se adoptara una decisión en el sentido de Löwenfeld, sufriría menoscabo la división entre histeria y neurastenia; pero he de considerar esta dificultad a raíz del recurso, que luego apreciaré, a la herencia como causa común de todas estas neurosis.

Ahora bien, ¿en qué argumentos apoya Löwenfeld su veto a mi doctrina?

1. Yo he puesto de relieve que lo esencial para entender la neurosis de angustia es que en ella la angustia no admite una derivación psíquica, vale decir, el apronte angustiado que constituye el núcleo de la neurosis no es adquirible por un afecto de terror psíquicamente justificado, sea único o repetido. Por terror se generaría una histeria o una neurosis traumática, pero no una neurosis de angustia. Según se intelige con facilidad, esta negativa no es sino el correlato de mi tesis, de contenido positivo, según la cual la angustia de mi neurosis corresponde a una tensión sexual somática desviada de lo psíquico, que de lo contrario habría cobrado vigencia como libido.

Ahora bien, en contra de esto Löwenfeld destaca que en cierto número de casos «unos estados de angustia aparecen

4 [Löwenfeld, 1893.]
5 Löwenfeld, 1895.
6 [«Sobre la justificación...» (1895*b*), *supra*, págs. 113-4.]

inmediatamente, o poco tiempo después, de un choque psíquico (mero terror o accidentes acompañados de terror), y en algunos de esos casos existen circunstancias que vuelven asaz improbable la cooperación de influjos sexuales nocivos de la variedad indicada». Comunica, en breves trazos, un ejemplo particularmente probatorio, de una observación escogida entre muchas. En ese ejemplo se trata de una señora de treinta años, casada desde hace cuatro, con tara hereditaria, que un año atrás tuvo su primer parto difícil. Pocas semanas después de dar a luz se aterrorizó por un ataque de enfermedad de su marido, y en un estado de agitación emotiva empezó a correr en camisa en torno de la habitación fría. Quedó enferma desde entonces; al principio tenía estados de angustia y palpitaciones al atardecer, luego le sobrevinieron ataques de temblor convulsivo y, más adelante, fobias y fenómenos parecidos: el cuadro de una neurosis de angustia plenamente desarrollada. «En este caso —concluye Löwenfeld—, los estados de angustia son de manifiesta derivación psíquica, pues fueron producidos por un terror único».

No dudo de que mi respetado crítico ha de poseer muchos casos parecidos, y yo mismo puedo proporcionarle una gran serie de ejemplos análogos. Quien no hubiera visto tales casos de estallido de la neurosis de angustia tras un choque psíquico, de frecuentísima ocurrencia, no tendría derecho a meter baza en el tema de la neurosis de angustia. Sólo quiero anotar que en la etiología de esos casos no siempre ni necesariamente se comprueba un terror o una expectativa angustiada; cualquier otra emoción obra lo mismo. Si paso rápida revista a casos de mi recuerdo, se me ocurre un hombre de cuarenta y cinco años a quien el primer ataque de angustia (con colapso cardíaco) le sobrevino cuando lo anoticiaron de la muerte de su padre muy anciano; a partir de ese momento se le desarrolló una neurosis de angustia plena y típica, con agorafobia. Además, un joven que cayó bajo esta misma neurosis por la excitación que le producían las querellas entre su joven esposa y la madre de él, y a cada nuevo altercado doméstico se volvía otra vez agorafóbico; un estudiante un poco bohemio que produjo sus primeros ataques de angustia mientras trabajaba duro para pasar sus exámenes, espoleado por el disfavor paterno; una señora *sin hijos que enfermó a raíz de su* angustia por la salud de una sobrinita, etc. O sea que no hay la menor duda en cuanto al hecho mismo que Löwenfeld aduce contra mí.

Pero sí en cuanto a su interpretación. Cabe preguntar:

¿de ahí uno debe pasar sin más al *«post hoc, ergo propter hoc»*,* ahorrándose todo procesamiento crítico del material? Es que uno conoce hartos ejemplos en que la última causa desencadenante no pudo acreditarse ante el análisis crítico como *causa efficiens*. ¡Piénsese, por ejemplo, en la relación entre trauma y gota! Probablemente aquí, en el caso de la provocación de un ataque de gota en el miembro afectado por el trauma, el papel de este sea el mismo que es lícito atribuirle en la etiología de la tabes y de la parálisis; sólo que, en el ejemplo de la gota, a cualquiera le parecerá absurdo que el trauma «cause» la gota en vez de provocarla. Por eso uno debe ser precavido cuando se topa con factores etiológicos de esta clase —*banales*, los llamaría yo— en la etiología de los más diversos estados patológicos. Una emoción, un terror, es también un factor banal así. ¡Qué no puede provocar el terror: corea, apoplejía, *paralysis agitans*, lo mismo que una neurosis de angustia! Es cierto que no puedo prolongar el argumento y sostener que, debido a esta ubicuidad, las causas banales no llenan nuestros requisitos, y por eso tienen que existir además unas causas *específicas*. Ello implicaría presuponer cierta la tesis que quiero probar. Pero sí me está permitido razonar como sigue: Si en la etiología de todos o casi todos los casos de neurosis de angustia se puede comprobar la misma causa *específica*, no tiene por qué desbaratar nuestra concepción que el estallido de la enfermedad sólo se produzca tras la injerencia de uno u otro de los factores banales, como lo sería una emoción.

Pues bien, eso era lo que sucedía en mis casos de neurosis de angustia.[7] El hombre que (enigmáticamente) cayó enfermo al ser anoticiado de la muerte de su padre (introduzco esa glosa entre paréntesis porque la muerte no era inesperada ni sobrevino en circunstancias inhabituales, conmovedoras); ese hombre, digo, hacía once años que vivía en *coitus interruptus* con su esposa, a quien él procuraba satisfacer la mayoría de las veces; el joven que no toleraba las disputas entre su mujer y su madre había practicado desde el comienzo con su esposa el retiro para ahorrarse cargar con una descendencia; el estudiante que por exceso de trabajo contrajo una neurosis de angustia, en lugar de la cere-

* {«Después de esto, entonces a causa de esto»; vale decir, la falacia de tomar como causa lo que no es más que mero antecedente en el tiempo.}

[7] [Algunos de los ejemplos que siguen fueron proporcionados también, de manera más sumaria, en «Sobre la justificación...» (1895*b*), *supra*, pág. 105.]

brastenia que sería de esperar, mantenía desde hacía tres años una relación con una muchacha a quien tenía prohibido preñar; la señora sin hijos que cayó enferma de neurosis de angustia por la salud de su sobrina estaba casada con un hombre impotente y nunca había sido satisfecha sexualmente, etc. No todos estos casos presentan la misma claridad ni poseen el mismo poder probatorio para mi tesis; pero si los clasifico junto con el muy considerable número de aquellos cuya etiología no muestra otra cosa que el factor específico, se articulan sin contradicción dentro de la doctrina por mí formulada y permiten ensanchar nuestro entendimiento etiológico más allá de las fronteras hasta ahora existentes.

Si alguien quiere demostrarme que en la precedente consideración yo he pospuesto indebidamente la significatividad de los factores etiológicos banales, deberá oponerme observaciones en que mi factor específico esté ausente, vale decir, unos casos de génesis de neurosis de angustia tras un choque psíquico, dada una *vita sexualis normal* (en líneas generales). Pues bien; júzguese si el caso de Löwenfeld cumple esa condición. Es manifiesto que mi respetado oponente no tenía en claro ese requisito; de lo contrario no nos habría dejado tan a oscuras sobre la *vita sexualis* de su paciente. Omitiré que el caso de esa dama de treinta años se complica evidentemente con una histeria, de cuya eventual derivación psíquica en modo alguno dudaré; desde luego, concederé, sin objeción, la neurosis de angustia junto a esa histeria. Pero antes que yo utilice un caso en favor o en contra de la doctrina sobre la etiología sexual de las neurosis, tengo que haber estudiado la conducta sexual de la paciente más a fondo de lo que Löwenfeld lo hace aquí. No me conformaría con inferir que, como la dama sufrió su choque psíquico poco tiempo después de un parto, el *coitus interruptus* no pudo haber desempeñado papel alguno en el último año y por tanto faltan aquí noxas sexuales. Conozco casos de neurosis de angustia a pesar de embarazos repetidos año tras año, porque (increíblemente) todo comercio se suspendió desde el coito fecundador, de suerte que la señora llena de hijos sufría privación todos los años. Ningún médico desconoce que ciertas mujeres conciben de maridos muy poco potentes, incapaces de procurarles satisfacción; y, por último (cosa con la que deberían contar sobre todo los sostenedores de la etiología hereditaria), hay bastantes mujeres aquejadas de una neurosis de angustia congénita, o sea que *traen por herencia*, o desarrollan sin perturbación exterior demostrable, una *vita sexualis* como la que de ordinario

sólo se adquiere por *coitus interruptus* y noxas semejantes. En algunas de estas mujeres se puede pesquisar una afección histérica contraída en su juventud; en lo sucesivo la *vita sexualis* quedó perturbada, y permanentemente desviada de lo psíquico la tensión sexual. Mujeres con esta sexualidad son incapaces de una satisfacción real, aun mediante coito normal, y desarrollan neurosis de angustia ya sea de manera espontánea o tras la aparición de otros factores eficientes. ¿Qué habrá habido de todo esto en el caso de Löwenfeld? No lo sé, pero, repito, este caso sólo sería probatorio contra mí si la dama que responde con una neurosis de angustia a un terror único gozó antes de una *vita sexualis* normal.

No podremos emprender investigaciones etiológicas desde la anamnesis si la aceptamos tal como el enfermo la proporciona o nos conformamos con lo que quiera revelarnos. Si los especialistas en sífilis dependieran todavía de la declaración del paciente para reconducir al comercio sexual una infección inicial de los genitales, podrían atribuir a un enfriamiento un número grandísimo de chancros en individuos supuestamente vírgenes, y los ginecólogos no hallarían difícil confirmar el milagro de la partenogénesis en sus clientes solteras. Espero que se comprenda alguna vez que también los neuropatólogos tienen derecho a partir de prejuicios etiológicos semejantes para establecer la anamnesis de las grandes neurosis.

2. Löwenfeld dice, además, haber visto repetidas veces aparecer y desaparecer estados de angustia cuando seguramente no sobrevenía cambio alguno en la vida sexual, y, por el contrario, estaban en juego otros factores.

Esa misma experiencia, exactamente, he hecho yo también, sin desconcertarme por eso. También yo he conseguido eliminar los estados de angustia mediante tratamiento psíquico, mejoramiento general, etc. Pero, desde luego, no he deducido de ahí que la falta de tratamiento fuera la causa de los ataques de angustia. No es que pretenda atribuir a Löwenfeld semejante inferencia; con esa puntualización, hecha en broma, sólo quiero indicar que la situación muy bien puede ser tan compleja que desvalorice totalmente la objeción de Löwenfeld. No me ha resultado difícil conciliar los hechos aquí aducidos con el aserto de la etiología específica de la neurosis de angustia. Sin duda se me concederá esto: existen motivos que, si bien poseedores de eficiencia etiológica, tienen que actuar con cierta intensidad (o cantidad)[8]

[8] [Véase una nota mía a pie de página en «Sobre la sexualidad femenina» (1931*b*), *AE*, **21**, págs. 243-4, y un pasaje de *La interpre-*

y durante más de cierto lapso para ejercer su efecto, vale decir, tienen que *sumarse*;[9] el efecto del alcohol es un paradigma de esa causación por sumación. Según eso, habrá cierto lapso en el cual la etiología específica esté trabajando, pero sin manifestar todavía su efecto. Durante ese tiempo, la persona aún no está enferma, pero sí predispuesta a contraer determinada afección; en nuestro caso: la neurosis de angustia. Y entonces el surgimiento de una noxa banal puede desencadenar la neurosis, lo mismo que haría un ulterior acrecentamiento en la injerencia de la noxa específica. Esto se puede expresar también así: No basta que esté presente el factor etiológico específico; tiene que alcanzarse también cierta medida de él, y para llegar a este límite una cantidad de la noxa específica puede ser sustituida por un monto de nocividad banal. Quitada esta última, se está de nuevo por debajo del umbral; los fenómenos patológicos tornan a ceder. La terapia de las neurosis descansa enteramente en poder llevar por debajo del umbral, mediante toda clase de influjos sobre la mezcla etiológica, el lastre total bajo el cual cede el sistema nervioso. Pero de tales constelaciones no se puede inferir ni la falta ni la existencia de una etiología específica.

He ahí sin duda unas consideraciones ciertas e inobjetables. Si a alguien no le bastaran, que se atenga al siguiente argumento. Según la opinión de Löwenfeld y de tantos otros, la etiología de los estados de angustia ha de buscarse en la *herencia.* Y bien, la herencia se sustrae de los cambios; si la neurosis de angustia se cura mediante tratamiento, se debería poder concluir, imitando a Löwenfeld, que la herencia no puede contener la etiología.

Por lo demás, habría podido ahorrarme refutar las dos citadas objeciones de Löwenfeld si mi estimado oponente hubiera prestado más atención a mi trabajo. Es que ambas están ya previstas y respondidas en mi ensayo;[10] podría limitarme a repetir ahora lo que entonces señalé, y adrede he vuelto a analizar aquí los mismos casos clínicos. También las fórmulas etiológicas a que acabo de conceder valor están contenidas en el texto de mi ensayo.[11] Las repito. Yo afirmaba: *Existe para la neurosis de angustia un factor etiológico específico que puede ser subrogado en su efecto cuan-*

*tación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, pág. 591; véase también mi «Apéndice» titulado «Surgimiento de las hipótesis fundamentales de Freud», *supra*, pág. 67.]

[9] [Cf. «Sobre la justificación. . .» (1895*b*), *supra*, pág. 106, *n*. 25.]

[10] «Sobre la justificación. . .» (1895*b*), *supra*, págs. 104 y sigs.

[11] [*Ibid.*, pág. 106.]

*titativamente, pero no sustituido cualitativamente, por unos influjos nocivos banales.* Y además: *Este factor específico comanda sobre todo la forma de la neurosis; pero que a toda costa sobrevenga una afección neurótica, dependerá del lastre total del sistema nervioso (en proporción a su potencia de carga).* Por regla general, las neurosis están *sobredeterminadas*,[12] o sea que en su etiología se conjugan varios factores.

3. Me hace falta menor empeño para refutar las siguientes notas críticas de Löwenfeld, pues por una parte afectan poco mi doctrina, y por la otra ponen de relieve dificultades cuya existencia yo reconozco. Dice: «La teoría de Freud es, empero, totalmente insuficiente para esclarecer la aparición o la falta de ataques de angustia en cada caso. Si los estados de angustia, o sea, los fenómenos de la neurosis de angustia, se produjeran exclusivamente por una acumulación subcortical de la excitación sexual somática y un empleo anormal de ella, toda persona aquejada por estados de angustia, mientras no sobrevinieran cambios en su vida sexual, debería sufrir de tiempo en tiempo un ataque de angustia, tal como el epiléptico tiene su ataque de *grand mal* o de *pétit mal*. Ahora bien, en modo alguno ocurre esto, según lo muestra la experiencia cotidiana. En la enorme mayoría de los casos, los ataques de angustia sólo sobrevienen a raíz de ocasiones determinadas; si el paciente las evita o sabe paralizar su influjo mediante alguna precaución, queda a salvo de ataques de angustia, sea que rinda permanente tributo al *coitus interruptus* o a la abstinencia, o que goce de una *vita sexualis* normal».

Hay mucho que decir sobre esto. Primero, que Löwenfeld dicta a mi teoría una conclusión que ella no está obligada a aceptar. Que con el almacenamiento de excitación sexual somática debiera suceder lo mismo que ocurre con la acumulación de estímulo respecto de la convulsión epiléptica, he ahí una formulación demasiado precisa a la que yo no he dado pie; y no es la única posible. No me haría falta sino suponer que el sistema nervioso es capaz de dominar cierta medida de excitación sexual somática aunque ella esté desviada de su meta, y que sólo se generan perturbaciones cuando el *quantum* de esta excitación experimenta un acrecentamiento repentino; quedaría eliminado así el requisito de Löwenfeld. Si no he osado edificar mi teoría en esa dirección, ello se debe principalmente a que no esperaba

[12] [Freud sostuvo esto en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 270.]

hallar ningún asidero seguro por ese camino. Sólo indicaré que no tenemos derecho a representarnos la producción de una tensión sexual con independencia de su gasto; que en la vida sexual normal esta producción, incitada por el objeto sexual, se plasma de una manera por entero diversa que en caso de reposo {*Ruhe*, «quiescencia»} psíquico, etc.

Admitamos que las constelaciones son aquí por entero diversas que en la tendencia a la convulsión epiléptica, y que aún no admiten ser deducidas de la teoría del almacenamiento de excitación sexual somática.

A la otra afirmación de Löwenfeld —que los estados de angustia sólo sobrevienen a raíz de ciertas ocasiones, con *cuya evitación no se presentan*, y *ello con prescindencia* de la *vita sexualis* del afectado—, cabe replicar que evidentemente sólo tiene en vista aquí la angustia de las *fobias*, como lo muestran asimismo los ejemplos que aduce en el pasaje citado. De los ataques espontáneos de angustia, cuyo contenido es el vértigo, las palpitaciones, la falta de aire, los temblores, el sudor, etc., él no habla. Y mi teoría en modo alguno parece inepta para explicar la aparición y la ausencia de estos ataques de angustia. En efecto, en toda una serie de casos de neurosis de angustia se puede observar realmente lo que parece ser una periodicidad en la emergencia de los estados de angustia, semejante a la periodicidad epiléptica, sólo que aquí su mecanismo es más trasparente. Una exploración más atenta descubre, con gran regularidad, un proceso sexual irritador (o sea, uno capaz de desatar tensión sexual somática), al que le sigue el ataque de angustia tras cierto intervalo, que a menudo presenta una total constancia. En mujeres abstinentes este papel lo desempeñan la excitación menstrual, las poluciones nocturnas (que son igualmente de recurrencia periódica), pero sobre todo el comercio sexual mismo (nocivo por incompleto), que trasfiere a sus efectos, los ataques de angustia, esta periodicidad suya. Si sobrevienen ataques de angustia que rompen la periodicidad habitual, casi siempre se consigue reconducirlos a una causa ocasional de más rara e irregular producción, a una vivencia sexual aislada, lecturas, funciones de teatro, etc. El intervalo que mencioné va desde unas horas hasta dos días; es el mismo con el cual en otras personas, a raíz de idénticos ocasionamientos, aparece la consabida migraña sexual, que posee sus nexos ciertos con el síndrome de la neurosis de angustia.[13]

[13] [Probablemente por esta época, Freud envió a Fliess un manuscrito sobre la migraña en que se ocupaba de esos nexos (Freud, 1950*a*, Manuscrito I), *AE*, **1**, págs. 253-5. Freud nunca dio a publicidad ese manuscrito; cf. «Sobre la justificación...» (1895*b*), *supra*, pág. 106.]

Junto a ello, son abundantes los casos en que el estado singular de angustia es provocado por el agregado de un factor banal, por una irritación de cualquier índole. Entonces, para la etiología del ataque singular de angustia vale la misma subrogación que rige para la causación de toda la neurosis. Que la angustia de las fobias obedezca a otras condiciones no es muy asombroso; las fobias tienen una ensambladura más complicada que los ataques de angustia simplemente somáticos. En ellas la angustia se enlaza con un contenido de representación o de percepción, y el despertar de ese contenido psíquico es la condición capital para que aflore la angustia. En tal caso, la angustia es «desprendida», de un modo que se asemeja a lo que sucede, por ejemplo, con la tensión sexual por el despertar de unas representaciones libidinosas; pero, a decir verdad, no está claro todavía el vínculo que mantiene este proceso con la teoría de la neurosis de angustia.

No entiendo por qué debería empeñarme en tapar lagunas y endebleces de mi teoría. Lo esencial en cuanto al problema de las fobias, me parece, es que *las fobias en modo alguno se producen con una* vita sexualis *normal* —es decir, si no se cumple la condición específica de que la *vita sexualis* sea perturbada en el sentido de un desvío de lo somático respecto de lo psíquico—. Y aunque el mecanismo de las fobias siga presentando tantos puntos oscuros, mi doctrina sólo se podrá refutar si se me muestra la existencia de fobias con una vida sexual normal o aun con una perturbación de esta última no determinada específicamente.

4. Voy ahora a considerar un señalamiento de mi estimado crítico que no puedo dejar pasar sin contradecirlo. En mi comunicación sobre la neurosis de angustia yo había escrito:[14]

«En algunos casos de neurosis de angustia no se discierne etiología alguna. Cosa notable, en ellos no es nada difícil comprobar una grave tara hereditaria.

»Ahora bien, toda vez que hay razones para considerar *adquirida* la neurosis, tras un examen cuidadoso encaminado a esa meta, uno halla como factores de eficiencia etiológica una serie de nocividades y de influjos que parten de la *vida sexual*...». Löwenfeld reproduce este pasaje y le agrega la siguiente glosa: «Freud parece considerar "adquirida" la neurosis toda vez que se descubren para ella unas causas ocasionales».

[14] «Sobre la justificación...» (1895*b*), *supra*, pág. 99.

Si es este el sentido que se desprende naturalmente de mi texto, él es expresión muy desfigurada de mi pensamiento. Hago notar que antes, en la valoración de las causas ocasionales, demostré ser mucho más riguroso que Löwenfeld. Si yo debiera elucidar lo denotado por mis propias frases, lo haría intercalando, tras la condición «*Ahora bien, toda vez que hay razones para considerar adquirida la neurosis...*», la frase «*porque no se consigue demostrar la tara hereditaria (mencionada en la oración anterior)*». El sentido es: Considero adquirido aquel caso en que no se comprueba una herencia. Me comporto, en esto, como todo el mundo, quizá con la pequeña diferencia de que otros declararían hereditariamente condicionado el caso cuando no hay herencia, omitiendo así la categoría entera de las neurosis adquiridas. Pero esa diferencia va en mi favor. Confieso, sin embargo, ser yo mismo culpable de aquel malentendido, por el giro que usé en la primera frase: «no se discierne etiología alguna». Tendré que oír sin duda, de algún otro crítico, que en la busca de las causas específicas de las neurosis yo mismo me doy un trabajo superfluo. Se dirá que la etiología efectiva de las neurosis de angustia, como de las neurosis en general, es ya consabida, es la herencia, y que dos causas reales y eficientes no pueden coexistir una junto a la otra. Me preguntarán si no niego el papel etiológico de la herencia. Si no lo niego, todas las otras etiologías serían meras causas ocasionales, de igual valor unas que otras, o todas de valor escaso.

Yo no comparto esta visión sobre el papel de la herencia, y como justamente es el tema que menos consideré en mi breve comunicación sobre la neurosis de angustia, intentaré reparar aquí algo de lo omitido y borrar la impresión de no haber abordado todos los problemas pertinentes cuando redacté mi trabajo.

Creo que si uno establece los siguientes conceptos etiológicos se torna posible exponer las constelaciones etiológicas, probablemente muy complejas, que rigen en la patología de las neurosis:

*a*) *Condición*, *b*) *causa específica*, *c*) *causa concurrente*, y, como término no equivalente al anterior, *d*) *ocasionamiento* o *causa desencadenante.*

Para contemplar todas las posibilidades, supóngase que se trata de unos factores etiológicos susceptibles de alteración cuantitativa, vale decir, de acrecentamiento o disminución.

Si uno acepta la representación de una ecuación etiológica de articulación múltiple, que tiene que verificarse si es que ha de producirse el efecto,[15] entonces uno caracterizará como *ocasionamiento* o causa desencadenante a la que entra última en la ecuación, de suerte que precede inmediatamente a la aparición del efecto. La esencia del ocasionamiento consiste sólo en este factor temporal, y por tanto cualquiera de las causas heterogéneas puede desempeñar el papel del ocasionamiento en el caso singular; dentro de una misma combinación etiológica, [el factor que cumple] ese papel puede cambiar de vía.

Como *condiciones* se definen los factores que de estar ellos ausentes el efecto nunca se produce, pero son incapaces de generarlo por sí solos, no importa cuán grande sea la escala en que estén presentes. Para aquel efecto necesitan todavía de la causa específica.

Como *causa específica* rige aquella que no está ausente en ningún caso de realización del efecto y que poseyendo una cantidad o intensidad proporcionadas basta para alcanzarlo, con sólo que estén cumplidas las condiciones.

Como *causas concurrentes* es lícito concebir aquellos factores que ni es preciso que estén presentes en todos los casos, ni son capaces de producir el efecto por sí solos, no importa cuál sea la escala de su acción, y que junto con las condiciones y la causa específica cooperan para el cumplimiento de la ecuación etiológica.

La particularidad de las causas concurrentes o auxiliares parece clara, pero, ¿cómo distinguir entre condiciones y causas específicas, puesto que unas y otras son indispensables, al par que ninguna de ellas basta por sí sola para la causación?

He aquí el procedimiento que parece permitir una decisión: entre las «*causas necesarias*» se hallan varias que se repiten también en las ecuaciones etiológicas de muchos otros efectos, y por eso no denotan un nexo particular con el efecto singular; ahora bien, una de estas causas se contrapone a las demás por el hecho de no hallársela en ninguna otra fórmula etiológica, o hallarse en muy pocas, y entonces posee títulos para llamarse causa *específica* del efecto en cuestión. Además, condiciones y causas específicas se separan con particular nitidez en los casos en que las condiciones poseen el carácter de unos estados existentes de antiguo y poco mudables, mientras que la causa específica corresponde a un factor de reciente injerencia.

[15] [Cf. mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 120.]

Ensayaré un ejemplo para este esquema etiológico completo:

*Efecto: Phthisis pulmonum.*

*Condición:* Predisposición, dada las más de las veces hereditariamente por complexiones de órgano.

*Causa específica:* El bacilo de Koch.

*Causas auxiliares:* Todo lo despotenciador, como emociones, infecciones o enfriamientos.

El esquema para la etiología de la neurosis de angustia me parece que reza en parecidos términos.

*Condición:* Herencia.

*Causa específica:* Un factor sexual, en el sentido de un desvío de la tensión sexual respecto de lo psíquico.

*Causas auxiliares:* Todos los efectos nocivos banales: emoción, terror, así como agotamiento psíquico por enfermedad o exceso de trabajo.

Si ahora examino en detalle esta fórmula etiológica para la neurosis de angustia, puedo agregar las siguientes puntualizaciones: Que para dicha neurosis se requiera absolutamente una particular complexión personal (sin que sea indispensable comprobarla como patrimonio hereditario), o bien que cualquier ser humano normal pueda ser llevado a la neurosis de angustia en virtud de algún acrecentamiento cuantitativo del factor específico, he ahí algo que yo no sé decidir, si bien me inclino fuertemente por la segunda opinión. — La predisposición hereditaria es la condición más importante de la neurosis de angustia, pero no es *indispensable*, pues está ausente en una serie de casos límites. — El factor sexual específico se comprueba con certeza en la inmensa mayoría de los casos; en una serie de casos (congénitos) no se separa de la condición de la herencia, sino que es cumplido juntamente con esta; vale decir, los enfermos traen congénita, como estigma,[16] aquella particularidad de la *vita sexualis* (la insuficiencia psíquica para dominar la tensión sexual somática) por la cual en los demás casos pasa el camino para la adquisición de la neurosis; en otra serie de casos límites, la causa específica está contenida en una causa concurrente, a saber, cuando la mencionada insuficiencia psíquica se produce por agotamiento, etc. Todos estos casos forman series fluyentes, no categorías separadas; es que a todos los atraviesa un comportamiento semejante en el destino de la tensión sexual, y para la mayoría vale la separación entre condición, causa específica y causa auxi-

[16] [Véase «La etiología de la histeria» (1896*c*), *infra*, págs. 192-3, *n.* 1.]

liar, en conformidad con la descomposición ya consignada de la ecuación etiológica.

Si yo indago en mis experiencias, no descubro para la neurosis de angustia un comportamiento opuesto entre predisposición hereditaria y factor sexual específico. Por el contrario, ambos factores etiológicos se prestan recíproco apoyo y se complementan entre sí. Las más de las veces, el factor sexual sólo es eficiente en aquellas personas que traen congénito un lastre hereditario; la herencia sola casi nunca es capaz de producir una neurosis de angustia, sino que espera hasta que se verifique una medida suficiente del influjo nocivo sexual específico. Por tanto, la comprobación de la herencia no dispensa de buscar un factor específico, en cuyo descubrimiento, por otra parte, se concentra todo el interés terapéutico. Pues terapéuticamente, ¿a qué se atinaría con la herencia como etiología? Desde siempre estuvo ella en el enfermo, y seguirá estando en él hasta el fin. En sí y por sí no permite comprender la emergencia episódica de una neurosis, ni su cesación por obra del tratamiento. Ella no es nada más que una *condición* de la neurosis, cierto que indeciblemente importante, pero sobrestimada en detrimento de la terapia y de la inteligencia teórica. Para adquirir convencimiento por el contraste de los hechos, piénsese en los casos de enfermedades nerviosas familiares (corea crónica, enfermedad de Thomsen, etc.), en que la herencia reúne en sí la condición etiológica de todos ellos.

Para concluir, me gustaría repetir las pocas tesis mediante las cuales suelo yo expresar, en una primera aproximación a la realidad, los vínculos recíprocos entre los diferentes factores etiológicos:

1. Que *en efecto se contraiga* una afección neurótica depende de un factor cuantitativo, el lastre total del sistema nervioso en proporción a su capacidad de resistencia. Todo cuanto pueda mantener a ese factor por debajo de cierto valor de umbral, o pueda retraerlo hasta allí, posee eficiencia terapéutica, pues hace que la ecuación etiológica no se cumpla.

En cuanto a lo que se deba entender por «lastre total», por «capacidad de resistencia» del sistema nervioso, sin duda se puede explicitar con claridad estableciendo como base ciertas hipótesis sobre la función nerviosa.[17]

2. El *alcance* a que la neurosis pueda llegar depende en

[17] [Sin duda, una alusión al «principio de constancia». Véase mi «Apéndice» titulado «Surgimiento de las hipótesis fundamentales de Freud», *supra*, pág. 65.]

primera instancia de la medida del lastre hereditario. La herencia opera como un multiplicador interpolado en el circuito de la corriente, que aumenta en el múltiplo la desviación de la aguja.[18]

3. Ahora bien, la *forma* que cobra la neurosis —el sentido hacia el cual se orienta la aguja— la determina con exclusividad el factor etiológico específico que proviene de la vida sexual.

Aunque tengo conciencia de las múltiples dificultades del tema, no tramitadas todavía, espero que en el conjunto mi formulación de la neurosis de angustia habrá de demostrarse más fecunda para la inteligencia de las neurosis que el intento de Löwenfeld de dar razón de los mismos hechos mediante la comprobación de «*un enlace entre síntomas neurasténicos e histéricos en forma de ataque*».

Viena, comienzos de mayo de 1895

[18] [Esta analogía ya se encuentra en el Manuscrito A de la correspondencia con Fliess (Freud, 1950*a*), *AE*, **1**, pág. 216, el cual data posiblemente de fines de 1892. Vuelve a presentarse en «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), *infra*, pág. 147, así como en el resumen que hizo Freud del presente trabajo en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897*b*), *infra*, pág. 245.]

# La herencia y la etiología de las neurosis
(1896)

# Nota introductoria

## «L'hérédité et l'étiologie des névroses»

*Ediciones en francés*

1896 *Rev. neurol.*, **4**, nº 6, págs. 161-9. (30 de marzo.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 135-48. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 388-403.
1952 *GW*, **1**, págs. 407-22.

*Traducciones en castellano**

1926(?) «La herencia y la etiología de las neurosis». *BN* (17 vols.), **11**, págs. 196-213. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **11**, págs. 181-97. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 204-11. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **11**, págs. 145-57. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 204-11. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 277-85. El mismo traductor.

El presente trabajo fue resumido por Freud bajo el número XXXVII en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897*b*), *infra*, pág. 247. El manuscrito original está en francés.

Este artículo y el que le sigue —el segundo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*)— fueron enviados a sus respectivos editores el mismo día, 5 de febrero de 1896,

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n*. 6.}

según informó Freud a Fliess al día siguiente (Freud, 1950*a*, Carta 40). El trabajo en francés se publicó a fines de marzo, unas seis semanas antes que el otro, y consecuentemente tiene precedencia sobre él en cuanto a la primera aparición, en una publicación, de la palabra «psicoanálisis» (*infra*, pág. 151). Sintetiza los puntos de vista que a la sazón tenía Freud sobre los cuatro tipos de neurosis que entonces consideraba principales: las dos «psiconeurosis» —histeria y neurosis obsesiva— y las dos «neurosis actuales» —neurastenia y neurosis de angustia—, como las llamaría luego, en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*), *infra*, pág. 271. La sección I es en gran medida una repetición de las consideraciones etiológicas contenidas en el segundo trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*f*), en tanto que la sección II abarca, muy compendiadamente, el mismo ámbito que el segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*), contemporáneo de este. Para mayor información, remitimos al lector, pues, a esos escritos y a los comentarios editoriales con que los hemos precedido.

James Strachey

Me dirijo especialmente a los discípulos de J.-M. Charcot para proponerles algunas objeciones a la teoría etiológica de las neurosis que nuestro maestro nos ha trasmitido.

Conocemos el papel atribuido a la herencia nerviosa en esta teoría. Para las afecciones neuróticas, es la única causa verdadera e indispensable; los otros influjos etiológicos sólo pueden aspirar al nombre de «agentes provocadores».

Es lo que han enunciado el propio maestro y sus alumnos, los señores Guinon, Gilles de la Tourette, Janet y otros, respecto de la gran neurosis, la histeria, y creo que la misma opinión es sostenida en Francia, y un poco por doquier, respecto de las otras neurosis, aunque no se la haya formulado de una manera tan solemne y definida para esos estados análogos a la histeria.

Desde hace mucho tiempo abrigo sospechas en esta materia, pero me fue preciso esperar para hallar hechos que las corroboraran en la experiencia cotidiana del médico. Ahora mis objeciones son de un orden doble: argumentos de hecho y argumentos derivados de la especulación. Empezaré por los primeros, ordenándolos con arreglo a la importancia que les concedo.

## I

*a.* Se ha solido considerar nerviosas y demostrativas de una tendencia neuropática hereditaria afecciones que muchas veces son extrañas al dominio de la neuropatología y no necesariamente dependen de una enfermedad del sistema nervioso; así las neuralgias faciales genuinas y numerosas cefaleas, que se creían nerviosas, pero que más bien derivan de alteraciones patológicas posinfecciosas y de supuraciones en el sistema de cavidades faringonasales. Estoy persuadido de que los enfermos se beneficiarían si abandonáramos con más asiduidad el tratamiento de estas afecciones a los cirujanos rinologistas.

*b.* Todas las afecciones nerviosas halladas en la familia del enfermo, sin tener en cuenta su frecuencia y su gravedad, se han aceptado para imputar a aquel una tara nerviosa hereditaria. ¿No es cierto que esta manera de ver parece contener una separación neta entre las familias indemnes de toda predisposición {*prédisposition*} nerviosa y las familias a ella sujetas sin límite ni restricción? ¿Y los hechos no abogan más bien en favor de la opinión opuesta, a saber, que existen transiciones y grados de disposición {*disposition*} nerviosa, y que ninguna familia escapa a ellos por completo?

*c.* Ciertamente, nuestra opinión sobre el papel etiológico de la herencia en las enfermedades nerviosas debe ser el resultado de un examen imparcial estadístico y no de una *petitio principii.* Mientras no se haya realizado ese examen, se debería creer tan posible la existencia de las neuropatías adquiridas como de las neuropatías hereditarias. Pero si puede haber neuropatías adquiridas por hombres no predispuestos, ya no se podrá negar que las afecciones halladas entre los ascendientes de nuestro enfermo acaso fueron, en parte, adquiridas. Así, ya no se podría invocarlas como pruebas concluyentes de la disposición hereditaria que se imputa al enfermo en razón de su historia familiar, puesto que rara vez se logra el diagnóstico retrospectivo de las enfermedades de los ascendientes o de los miembros ausentes de la familia.

*d.* Quienes han seguido a Fournier y a Erb con respecto al papel etiológico de la sífilis en la tabes dorsal y la parálisis progresiva han advertido que es preciso admitir influjos etiológicos poderosos cuya colaboración es indispensable para la patogenia de ciertas enfermedades que la herencia, por sí sola, no podría producir. Sin embargo, Charcot mantuvo hasta sus últimos días, como lo supe por una carta privada del maestro, una estricta oposición a la teoría de Fournier, que, no obstante, va ganando cada vez más terreno.

*e.* Es indudable que ciertas neuropatías pueden desarrollarse en el hombre perfectamente sano y de familia irreprochable. Es lo que se observa cotidianamente en el caso de la neurastenia de Beard; si la neurastenia se limitara a las personas predispuestas, nunca habría cobrado la importancia y la extensión que le conocemos.

*f.* En la patología nerviosa tenemos la herencia *similar* y la herencia llamada *disímil.* Respecto de la primera no se hallará nada más que decir; y aun es notabilísimo que en las afecciones que dependen de la herencia similar (enfermedad de Thomsen, enfermedad de Friedreich, miopatías, corea de Huntington, etc.) nunca se descubre huella alguna de otra influencia etiológica accesoria. Pero la herencia disí-

mil, mucho más importante que la otra, deja lagunas que sería preciso llenar para obtener una solución satisfactoria de los problemas etiológicos. Aquella consiste en el hecho de que los miembros de la familia se muestran afectados por las neuropatías más diversas, funcionales y orgánicas, sin que se pueda dilucidar una ley que dirija la sustitución de una enfermedad por otra ni el orden de su sucesión a través de las generaciones. Junto a individuos enfermos hay en esas familias personas que permanecen sanas, y la teoría de la herencia disímil no nos dice por qué cierta persona soporta la carga hereditaria sin sucumbir a ella, ni por qué otra persona enferma elegiría, entre las afecciones que constituyen la gran familia neuropática, tal afección nerviosa en lugar de otra —la histeria en lugar de la epilepsia, de la vesania, etc.—. Pero como lo fortuito no existe en patogenia nerviosa más que en otros campos, es preciso conceder que no es la herencia la que preside la elección de la neuropatía que se desarrollará en el miembro de una familia predispuesta, sino que cabe suponer la existencia de otros influjos etiológicos de naturaleza menos comprensible,[1] que merecerían entonces el nombre de *etiología específica* de tal o cual afección nerviosa. Sin la existencia de ese factor etiológico especial, la herencia no habría podido nada; se habría prestado a la producción de una neuropatía diversa si la etiología específica en cuestión hubiera sido remplazada por un influjo diverso.

## II

Se han investigado poquísimo esas causas específicas y determinantes de las neuropatías, pues la atención de los médicos permaneció subyugada por la grandiosa perspectiva de la condición etiológica hereditaria.

No obstante, ellas merecen que se las haga objeto de un estudio asiduo; aunque su potencia patógena sólo sea, en general, accesoria respecto de la herencia, posee un gran interés práctico el conocimiento de esta etiología, que dará acceso a nuestro trabajo terapéutico, mientras que la predisposición hereditaria, fijada de antemano para el enfer-

[1] [En la publicación original de 1896 se lee «*compréhensible*»; en todas las reimpresiones posteriores, hasta la de 1925 inclusive, aparece «*incompréhensible*», pero en la de 1952 se vuelve al término primitivo. Cf. mi «Nota introductoria» a «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *supra*, págs. 72-3.]

mo desde su nacimiento, opone un obstáculo inabordable a nuestros esfuerzos.[2]

Estoy empeñado desde hace años en la investigación de la etiología de las *grandes neurosis* (estados nerviosos funcionales análogos a la histeria), y precisamente sobre el resultado de esos estudios he de informar en las páginas que siguen. Para evitar todo posible malentendido, expondré primero dos puntualizaciones sobre la nosografía de las neurosis y sobre la etiología de las neurosis en general.

Me fue preciso dar comienzo a mi trabajo con una innovación nosográfica. He hallado razones para situar, junto a la histeria, la neurosis de obsesiones (*Zwangsneurose*) como afección autónoma e independiente, aunque la mayoría de los autores clasifican las obsesiones entre los síndromes constitutivos de la degeneración mental o las confunden con la neurastenia. Por mi parte, mediante el examen de su mecanismo psíquico había averiguado que las obsesiones están ligadas a la histeria más íntimamente de lo que se creería.

Histeria y neurosis de obsesiones forman el primer grupo de las grandes neurosis, que yo he estudiado. El segundo contiene la neurastenia de Beard, que yo he descompuesto en dos estados funcionales separados tanto por la etiología como por el aspecto sintomático: la *neurastenia* propiamente dicha y la *neurosis de angustia* (*Angstneurose*) —denominación que, dicho sea de paso, a mí mismo no me convence—. En un trabajo publicado en 1895 [3] he aducido en detalle las razones de esta separación, que creo necesaria.

En cuanto a la etiología de las neurosis, pienso que se debe reconocer en teoría que los influjos etiológicos, diferentes entre sí por su dignidad y modalidad de relación con el efecto que producen, pueden dividirse en tres clases:[4] 1) *condiciones*, que son indispensables para que se produzca la afección respectiva, pero que son de naturaleza universal y se las encuentra de igual modo en la etiología de muchas otras afecciones; 2) *causas concurrentes*, que comparten el carácter de las condiciones en cuanto a funcionar en la causación de otras afecciones lo mismo que en la de la afección considerada, pero que no son indispensables para que esta última se produzca; 3) *causas específicas*, tan indispensables

2 [En las ediciones anteriores a 1952, «interrumpe con su inabordable poder nuestros esfuerzos».]

3 [«Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"» (1895*b*).]

4 [Lo que sigue reproduce en gran parte, de manera bastante similar, las consideraciones hechas al final del segundo trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*f*), *supra*, págs. 134-8.]

como las condiciones, pero de naturaleza estricta y que sólo aparecen en la etiología de la afección de la cual son específicas.

Y bien: en la patogénesis de las grandes neurosis la herencia cumple el papel de una *condición* poderosa en todos los casos y aun indispensable en la mayoría de ellos. Es cierto que no podría prescindir de la colaboración de las causas específicas, pero la importancia de la disposición hereditaria es demostrada por el hecho de que las mismas causas específicas no producirían ningún efecto patológico manifiesto si actuaran sobre un individuo sano, mientras que en una persona predispuesta su acción hará estallar la neurosis, cuyo desarrollo e intensidad serán conformes al grado de esta condición hereditaria.

La acción de la herencia es entonces comparable a la del cable multiplicador en el circuito eléctrico, que exagera la desviación visible de la aguja, pero que no podría determinar su dirección.

En las relaciones que existen entre la condición hereditaria y las causas específicas de las neurosis cabe apuntar todavía otra cosa. La experiencia muestra —y se lo habría podido suponer de antemano— que en estas cuestiones de etiología no se deberían desdeñar las cantidades relativas, por así decir, de los influjos etiológicos. No se habría adivinado, en cambio, el hecho siguiente, que parece derivar de mis observaciones: que la herencia y las causas específicas pueden remplazarse mutuamente por el lado cuantitativo, que el mismo efecto patológico será producido por la concurrencia de una etiología específica muy grave con una disposición mediocre, o de una cargada herencia nerviosa con una influencia específica leve. Pero entonces no es sino un extremo muy verosímil de esta serie que hallemos también casos de neurosis donde en vano buscaríamos un grado apreciable de disposición hereditaria, toda vez que esa falta esté compensada por un potente influjo específico.

Como *causas concurrentes* o accesorias de las neurosis se pueden enumerar todos los agentes banales que hallamos en otros campos: emociones morales, agotamiento físico, enfermedades agudas, intoxicaciones, accidentes traumáticos, *surmenage* intelectual, etc. Sustento la tesis de que ninguno de ellos, ni siquiera el último, entra de manera regular o necesaria en la etiología de las neurosis, y sé bien que enunciar esta opinión es situarse en oposición directa a una teoría considerada universal e irreprochable. Desde que Beard hubo declarado a la neurastenia como el fruto de nuestra civilización moderna, no halló más que creyentes; pero a mí me

es imposible aceptar esta opinión. Un estudio laborioso de las neurosis me ha enseñado que la etiología específica de ellas se sustrajo al conocimiento de Beard.[5]

No pretendo despreciar la importancia etiológica de esos agentes banales. Ellos son muy variados, aparecen con frecuencia, e inculpados la mayoría de las veces por los propios enfermos, se vuelven más evidentes que las causas específicas de las neurosis, etiología esta que permanece escondida o ignorada. Asaz a menudo cumplen la función de agentes provocadores que tornan manifiesta la neurosis, latente hasta entonces, y poseen un interés práctico, porque la consideración de esas causas banales puede proporcionar unos puntos de apoyo para una terapia que no tenga como mira la curación radical y se conforme con hacer retroceder la afección a su estado anterior de latencia.

No se llega, sin embargo, a comprobar una relación constante y estrecha entre una de esas causas banales y tal o cual afección nerviosa; la emoción moral, por ejemplo, se encuentra tanto en la etiología de la histeria, de las obsesiones, de la neurastenia, como en la de la epilepsia, la enfermedad de Parkinson, la diabetes y otras muchas.

Las causas concurrentes banales podrán entonces remplazar a la etiología específica por su proporción cuantitativa, pero nunca sustituirla por completo. Hay numerosos casos en que todos los influjos etiológicos están representados por la condición hereditaria y la causa específica, pues faltan las causas banales. En los otros casos, los factores etiológicos indispensables no bastan, por la cantidad que poseen, para hacer estallar la neurosis; así, puede mantenerse por largo tiempo un estado de salud aparente que es en verdad un estado de predisposición neurótica; si entonces una causa banal sobreagrega su acción, ello bastará para que la neurosis devenga manifiesta. Pero en tales circunstancias, nótese bien, será indiferente la naturaleza del agente banal que se agregue: emoción, trauma, enfermedad infecciosa u otro; el efecto patológico no se modificará con arreglo a esta variación, pues la naturaleza de la neurosis estará siempre dominada por la causa específica preexistente.

¿Cuáles son, pues, esas causas específicas de las neurosis? ¿Es una sola o hay varias? ¿Y se puede comprobar una relación etiológica constante entre tal causa y tal efecto

[5] [Freud discutió este asunto más detenidamente diez años después, en «La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna» (1908*d*), y, por supuesto, en muchos escritos posteriores.]

neurótico, de suerte que cada una de las grandes neurosis pueda ser reconducida a una etiología particular?

Me propongo sostener, apoyado en un examen laborioso de los hechos, que esta última suposición corresponde a la realidad, pues cada una de las grandes neurosis enumeradas tiene por causa inmediata una perturbación particular de la economía nerviosa, y estas modificaciones patológicas funcionales *reconocen como fuente común la vida sexual del individuo, sea un desorden de la vida sexual actual, sea unos acontecimientos importantes de la vida pasada.*

No es esta, a decir verdad, una proposición nueva, inaudita. Siempre se admitieron los desórdenes sexuales entre las causas de la nerviosidad, pero se los subordinaba a la herencia, se los coordinaba con otros agentes provocadores; su influjo etiológico fue restringido a un número limitado de los casos observados. Los médicos hasta habían adoptado el hábito de no investigarlos si el propio enfermo no los inculpaba. Los caracteres distintivos de mi manera de ver son que yo elevo esas influencias sexuales al rango de causas específicas, reconozco su acción en todos los casos de neurosis y, por último, descubro un paralelismo regular, prueba de una relación etiológica particular, entre la naturaleza del influjo sexual y la especie mórbida de la neurosis.

Estoy segurísimo de que esta teoría suscitará un huracán de contradicciones entre los médicos contemporáneos. Pero no es este el lugar para ofrecer los documentos y las experiencias que me han impuesto mi convicción, ni explicar el verdadero sentido de la expresión un poco vaga «desórdenes de la economía nerviosa». Lo haré, espero que con la mayor amplitud, en una obra que preparo sobre la materia.[6] En el presente artículo me limito a enunciar mis resultados.

La neurastenia propiamente dicha, de aspecto clínico muy monótono una vez separada de ella la neurosis de angustia (fatiga, sensación de casco, dispepsia flatulenta, constipación, parestesias espinales, debilidad sexual, etc.), no reconoce otra etiología específica que el onanismo (inmoderado) o las poluciones espontáneas.

La acción prolongada e intensiva de esta satisfacción sexual perniciosa basta por sí misma para provocar la neurosis neurasténica o impone al sujeto el sello neurasténico especial manifestado más tarde bajo el influjo de una causa

[6] [Cf. «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *infra*, págs. 163-4, *n.* 4.]

ocasional accesoria. He hallado también personas que presentaban los signos de la constitución neurasténica y en quienes no logré poner en evidencia la etiología mencionada, pero he comprobado al menos que en esos enfermos la función sexual nunca se había desarrollado hasta el nivel normal; parecían dotados, por herencia, de una constitución sexual análoga a la que es producida en el neurasténico a consecuencia del onanismo.[7]

La neurosis de angustia, cuyo cuadro clínico es mucho más rico (irritabilidad, estado de expectativa angustiada, fobias, ataques de angustia completos o rudimentarios, de terror, de vértigo, temblores, sudores, congestión, disnea, taquicardia, etc.; diarrea crónica, vértigo crónico de locomoción, hiperestesia, insomnio, etc.),[8] se revela fácilmente como el efecto específico de diversos desórdenes de la vida sexual, que no carecen de un carácter común a todos ellos. La abstinencia forzosa, la irritación genital frustránea[9] (que no es calmada por el acto sexual), el coito imperfecto o interrumpido (que no culmina en el goce), los esfuerzos sexuales que sobrepasan la capacidad psíquica del sujeto, etc., todos esos agentes, que son de una ocurrencia asaz frecuente en la vida moderna, parecen coincidir en esto: perturban el equilibrio de las funciones psíquicas y somáticas en los actos sexuales, e impiden la participación psíquica necesaria para que la economía nerviosa se libre de la tensión genésica.

Estas puntualizaciones, que acaso contengan el germen de una explicación teórica del mecanismo funcional de la neurosis en cuestión, dejan suponer ya que una exposición completa y verdaderamente científica de esta materia no es posible en la actualidad, y que sería preciso ante todo abordar el problema fisiológico de la vida sexual bajo un punto de vista nuevo.

Concluiré diciendo que la patogénesis de la neurastenia y de la neurosis de angustia puede muy bien prescindir de la cooperación de una disposición hereditaria. Es el resultado de la observación de todos los días; pero si la herencia está presente, el desarrollo de la neurosis sufrirá su influencia formidable.

[7] [Se hallará un examen más amplio de la masturbación en «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*), *infra*, pág. 267.]

[8] Sobre la sintomatología y la etiología de la neurosis de angustia, véase mi trabajo antes citado [1895*b*].

[9] [«*Fruste*» en el original. Cf. «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *supra*, pág. 82, *n.* 11.]

Para la segunda clase de las grandes neurosis, histeria y neurosis de obsesiones, la solución de la cuestión etiológica es de una simplicidad y una uniformidad sorprendentes. Debo mis resultados al empleo de un nuevo método de psicoanálisis,[10] al procedimiento de exploración de Josef Breuer, un poco sutil pero insustituible, tan fértil se ha mostrado para esclarecer las vías oscuras de la ideación inconciente. Por medio de este procedimiento —que no hemos de describir en este lugar—,[11] uno persigue los síntomas histéricos hasta su origen, que todas las veces halla en cierto acontecimiento de la vida sexual del sujeto, idóneo para producir una emoción penosa. Remontándome hacia atrás en el pasado del enfermo, paso a paso y dirigido siempre por el encadenamiento de los síntomas, de los recuerdos y de los pensamientos despertados, he llegado por fin al punto de partida del proceso patológico y no pude menos que ver que en todos los casos sometidos al análisis había en el fondo la misma cosa, la acción de un agente al que es preciso aceptar como causa específica de la histeria.

Sin duda se trata de un recuerdo que se refiere a la vida sexual, pero que ofrece dos caracteres de la mayor importancia. El acontecimiento del cual el sujeto ha guardado el recuerdo inconciente es una *experiencia precoz de relaciones sexuales con irritación efectiva de las partes genitales, resultante de un abuso sexual practicado por otra persona*, y el *período de la vida* que encierra este acontecimiento funesto es la *niñez temprana* {*première jeunesse*}, hasta los ocho a diez años, antes que el niño llegue a la madurez sexual.[12]

*Experiencia sexual pasiva antes de la pubertad:* tal es, pues, la etiología específica de la histeria.

Agregaré sin demora algunos detalles de hecho y algunos comentarios al resultado enunciado, para combatir la desconfianza que espero encontrar. He podido practicar el psicoanálisis completo en trece casos de histeria, tres de los cuales eran genuinas combinaciones de histeria con neurosis de obsesiones (no digo: histeria *con* obsesiones). En ninguno de ellos faltaba el suceso caracterizado en el párrafo anterior; estaba representado por un atentado brutal cometido por una persona adulta, o por una seducción menos brusca y menos repelente pero que llevó al mismo fin. En siete casos

10 [Primera vez que apareció el término en una obra publicada; cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, pág. 48, *n*. 6.]

11 Cf. *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud, 1895).

12 [Sobre esto y lo que sigue, compárese el examen más amplio que hizo Freud del tema, agregando algunos comentarios críticos, en su segundo trabajo acerca de las neuropsicosis de defensa (1896*b*).]

sobre trece se trataba de una relación infantil por ambas partes, unas relaciones sexuales entre una niña y un varoncito un poco mayor, las más de las veces su hermano, que había sido víctima él mismo de una seducción anterior. Estas relaciones habían proseguido a veces durante años, hasta la pubertad de los pequeños culpables; el muchacho repetía siempre y sin innovación sobre la niña las mismas prácticas que a su turno había sufrido de una sirvienta o gobernanta, y que a causa de este origen eran a menudo de naturaleza repugnante. En algunos casos había concurrencia de atentado y de relación infantil, o abuso brutal reiterado.

La fecha de la experiencia precoz era variable: en dos casos la serie comenzaba en el segundo año (?)[13] de la criatura; la edad de preferencia es en mis observaciones el cuarto o quinto año. Quizás eso se deba un poco al azar, pero de ahí extraje la impresión de que un episodio sexual pasivo que ocurra después de los ocho a diez años de edad ya no podrá echar los cimientos de esta neurosis.

¿Cómo quedar convencido de la realidad de esas confesiones de análisis que pretenden ser recuerdos conservados desde la primera infancia, y cómo prevenirse de la inclinación a mentir y la fácil inventiva atribuidas a los histéricos? Yo mismo me acusaría de condenable credulidad si no dispusiera de pruebas más concluyentes. Pero es que los enfermos jamás cuentan esas historias espontáneamente, ni en el curso del tratamiento ofrecen nunca al médico de una sola vez el recuerdo completo de una escena así. Sólo se logra despertar la huella psíquica del suceso sexual precoz bajo la más enérgica presión del procedimiento analizador y contra una resistencia enorme, y por eso es preciso arrancarles el recuerdo fragmento por fragmento, y en tanto se despierta aquel en su conciencia, ellos caen presa de una emoción difícil de falsificar.

Uno terminará por convencerse, aun si no está influido por la conducta de los enfermos, siempre que pueda seguir en detalle, en un informe, el curso de un psicoanálisis de histeria.

El acontecimiento precoz en cuestión ha dejado una impronta imperecedera en la historia del caso; está representado en él por una multitud de síntomas y de rasgos particulares que no se podrían explicar de otro modo; está regido[14]

[13] [El signo de interrogación figura en el original.]

[14] [«*Régi*» en la publicación original; en todas las reimpresiones posteriores, hasta la de 1925 inclusive, se lee «*exigé*» {«exigido»}, pero en 1952 se volvió a «*régi*». Cf. mi «Nota introductoria» a «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *supra*, págs. 72-3.]

de manera perentoria por el encadenamiento sutil, pero sólido, de la estructura intrínseca de la neurosis. El efecto terapéutico del análisis se demora si uno no ha penetrado tan lejos, pero, una vez que se lo ha hecho, no se tiene otra opción que refutar el todo en su conjunto o prestarle creencia.

¿Es concebible que una experiencia sexual precoz, sufrida por un individuo cuyo sexo está apenas diferenciado, se convierta en la fuente de una anomalía psíquica persistente como la histeria? ¿Y cómo concordaría esa suposición con nuestras ideas actuales sobre el mecanismo psíquico de esta neurosis? Se puede dar una respuesta satisfactoria a la primera pregunta: justamente por ser infantil el sujeto, la irritación sexual precoz produce un efecto nulo o escaso en su momento, pero se conserva su huella psíquica. Luego, cuando en la pubertad se desarrolle la reactividad de los órganos sexuales hasta un nivel casi inconmensurable con el estado infantil, de una manera u otra habrá de despertar esta huella psíquica inconciente. Merced al cambio debido a la pubertad, el recuerdo desplegará un poder que le faltó totalmente al acontecimiento mismo; *el recuerdo obrará como si fuera un acontecimiento actual.* Hay, por así decir, *acción póstuma* {*posthume*} *de un trauma sexual.*

Hasta donde yo lo veo, este despertar del recuerdo sexual después de la pubertad, tras haber sucedido el acontecimiento mismo en un tiempo remoto antes de ese período, constituye la única eventualidad psicológica para que la acción inmediata de un recuerdo sobrepase la del acontecimiento actual. Es que es esa una constelación anormal que toca un lado débil del mecanismo psíquico y produce necesariamente un efecto psíquico patológico.

Creo comprender que *esta relación inversa entre el efecto psíquico del recuerdo y el del acontecimiento* contiene la razón por la cual *el recuerdo permanece inconciente.*

Así se llega a un problema psíquico muy complejo, pero que, debidamente apreciado, promete echar viva luz algún día sobre las cuestiones más delicadas de la vida psíquica.[15]

Las ideas aquí expuestas, cuyo punto de partida es un resultado del psicoanálisis, a saber, que siempre se halla como causa específica de la histeria un recuerdo de experiencia sexual precoz, no concuerdan con la teoría psicológica de la neurosis propuesta por Janet ni con ninguna otra, pero

[15] [El tema tratado en los cuatro últimos párrafos es reexaminado por Freud con más amplitud en una nota a pie de página del segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*), *infra*, págs. 167-8, *n.* 12.]

armonizan perfectamente con mis propias especulaciones desarrolladas en mis trabajos sobre las «*Abwehrneurosen*» {«neurosis de defensa»}.[16]

Todos los acontecimientos posteriores a la pubertad, a los cuales es preciso atribuir una influencia sobre el desarrollo de la neurosis histérica y sobre la formación de sus síntomas, no son en verdad más que unas causas concurrentes, unos «agentes provocadores», como decía Charcot, para quien la herencia nerviosa ocupaba el lugar que yo reclamo para la experiencia sexual precoz. Estos agentes accesorios no están sujetos a las condiciones estrictas que pesan sobre las causas específicas; el análisis demuestra de manera irrefutable que no gozan de una influencia patógena respecto de la histeria sino en virtud de su facultad para despertar la huella psíquica inconciente del acontecimiento infantil. Y es también gracias a su conexión con la impronta patógena primaria, y aspirados por ella, como sus recuerdos devendrán inconcientes a su vez y podrán contribuir al acrecentamiento de una actividad psíquica sustraída del poder de las funciones concientes.

La neurosis de obsesiones (*Zwangsneurose*) depende de una causa específica del todo análoga a la de la histeria. También aquí se halla un acontecimiento sexual precoz ocurrido antes de la pubertad, cuyo recuerdo deviene activo durante esa época o después de ella, y las mismas puntualizaciones y razonamientos expuestos a raíz de la histeria podrán aplicarse a las observaciones de la otra neurosis (seis casos, tres de ellos puros). Hay una sola diferencia, que parece capital. Hemos descubierto en el fondo de la etiología histérica un acontecimiento sexual pasivo, una experiencia sufrida con indiferencia o con un poquitín de amargura o de espanto. En la neurosis de obsesiones se trata, por el contrario, de un acontecimiento que ha causado placer, de una agresión sexual inspirada por el deseo (en el caso del varoncito) o de una participación con goce en las relaciones sexuales (en el caso de la niña). Las ideas obsedentes, reconocidas por el análisis en su sentido íntimo, reducidas por así decir a su expresión más simple, no son otra cosa que unos *reproches que el sujeto se dirige a causa de este goce sexual anticipado*, pero unos reproches desfigurados por un trabajo psíquico inconciente de trasformación y de sustitución.[17]

16 [Cf. Freud (1894*a* y 1896*b*).]

17 [Una caracterización análoga pero más completa se ofrece en el segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*), *infra*, págs. 168 y sigs.]

El hecho mismo de que tales agresiones sexuales ocurran a edad tan tierna parece denunciar el influjo de una seducción anterior, de la cual la precocidad del deseo sexual sería la consecuencia. El análisis viene a confirmar esta sospecha en los casos estudiados por mí. De esta manera, uno se explica un hecho interesante que se halla siempre presente en esos casos de obsesiones: la complicación regular del cuadro sintomático por un cierto número de síntomas simplemente histéricos.

La importancia del elemento activo de la vida sexual como causa de las obsesiones, y de la pasividad sexual para la patogénesis de la histeria, parece incluso revelar la razón del nexo más íntimo de la histeria con el sexo femenino y de la preferencia de los hombres por la neurosis de obsesiones.[18] A veces uno encuentra parejas de enfermos neuróticos que han sido una pareja de pequeños amantes en su niñez temprana y de ellos el hombre sufre de obsesiones, y de histeria la mujer; si se trata de un hermano y su hermana, se podrá tomar equivocadamente por un efecto de la herencia nerviosa lo que en verdad deriva de experiencias sexuales precoces.

Hay sin duda casos de histeria o de obsesiones puros y aislados, independientes de toda neurastenia o neurosis de angustia; pero no es la regla. Más a menudo la psiconeurosis[19] se presenta como accesoria a las neurosis neurasténicas, es evocada por estas y sigue sus trayectorias. Ello se debe a que las causas específicas de estas últimas, los desórdenes actuales de la vida sexual, obran al mismo tiempo como causas accesorias de las psiconeurosis, cuya causa específica, el recuerdo de la experiencia sexual precoz, ellas despiertan y reaniman.[20]

En cuanto a la herencia nerviosa, estoy lejos de saber evaluar con justeza su influjo en la etiología de las psiconeurosis. Concedo que su presencia es indispensable en los casos graves, dudo de que sea necesaria para los casos leves, pero estoy convencido de que la herencia nerviosa por sí sola no puede producir las psiconeurosis si está ausente la

[18] [Freud insistió en esto treinta años más tarde, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), *AE*, **20**, pág. 135: «Sabemos con certeza que la histeria tiene mayor afinidad con la feminidad, así como la neurosis obsesiva con la masculinidad».]

[19] [Primera aparición del término en una obra publicada de Freud; ya lo había utilizado en el «Proyecto de psicología» de 1895 (1950*a*), *AE*, **1**, pág. 381.]

[20] [También este punto es tratado más ampliamente en «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *infra*, págs. 167-8.]

etiología específica de estas, la irritación sexual precoz. Y hasta veo que la cuestión de saber cuál de las neurosis, histeria u obsesiones, se desarrollará en un caso dado no es dirimida por la herencia, sino por un carácter especial de este acontecimiento sexual de la niñez temprana.[21]

[21] [Freud comenzaba a interesarse por el problema de la «elección de neurosis»; cf. *ibid.*, págs. 169-70, y mi «Nota introductoria» a «La etiología de la histeria» (1896*c*), *infra*, pág. 188.]

# Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa
(1896)

# Nota introductoria

## «Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen»

*Ediciones en alemán*

1896 *Neurol. Zbl.*, **15**, nº 10, págs. 434-48. (15 de mayo.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 112-34. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 363-87.
1952 *GW*, **1**, págs. 379-403.

*Traducciones en castellano**

1926(?) «Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa». *BN* (17 vols.), **11**, págs. 236-64. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **11**, págs. 219-44. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 220-31. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **11**, págs. 175-94. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 219-30. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 288-98. El mismo traductor.

Este trabajo fue resumido por Freud bajo el número XXXV en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897*b*), *infra*, pág. 246.

Como ya hemos explicado en la «Nota introductoria» a «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), *supra*, pág. 141, este artículo fue enviado por Freud a su editor el

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n*. 6.}

mismo día que aquel (5 de febrero de 1896), pero publicado unas seis semanas después. Al incluírselo en los *Gesammelte Schriften* en 1925, Freud agregó dos o tres notas a pie de página. Anteriormente había hecho un agregado sustancial en una nota de la traducción inglesa de 1924 [1] (cf. *infra*, pág. 180, *n.* 27), pero este agregado no fue incluido en ninguna edición en alemán.

En este segundo artículo sobre las neuropsicosis de defensa, la discusión es retomada en el punto al que había llegado en el primero (1894*a*), dos años atrás. Muchas de las conclusiones a que aquí se arriba habían sido sumariamente anticipadas en el trabajo en francés sobre la herencia (1896*a*); la parte esencial del trabajo le fue comunicada unas semanas antes a Fliess en un largo documento de fecha 1º de enero de 1896, al que Freud tituló «Un cuento de Navidad» (Freud, 1950*a*, Manuscrito K). De igual modo que su antecesor de 1894, el presente artículo se divide en tres secciones, que tratan respectivamente la histeria, las representaciones obsesivas y los estados psicóticos, y en cada caso se nos ofrecen los resultados de dos años de ulteriores investigaciones. En el trabajo anterior, el acento ya estaba colocado en el concepto de «defensa» o «represión»; aquí se examina mucho más de cerca aquello contra lo cual se hace operar la defensa, y en todos los casos se llega a la conclusión de que el factor causante es una vivencia *sexual* de índole traumática —en la histeria una experiencia *pasiva*, en las obsesiones una *activa*, si bien incluso en este último caso hay en el trasfondo más remoto una experiencia pasiva previa—. Dicho de otro modo, la causa última es siempre la seducción de un niño por parte de un adulto. (Cf. «La etiología de la histeria» (1896*c*), *infra*, págs. 206-7. Además, el suceso traumático eficiente tiene lugar siempre antes del período de la pubertad, por más que el estallido de la neurosis se produzca *luego* de esta.[2]

Como lo demuestra una nota agregada por Freud (pág. 169, *n.* 15), más adelante él abandonó por entero esta posición, abandono que marca un punto de viraje de máxima importancia en sus concepciones. En una carta a Fliess del 21 de setiembre de 1897 (Freud, 1950*a*, Carta 69), *AE*, **1**, pág. 301, le revela lo que había estado columbrando durante varios meses: era poco creíble que acciones perversas realizadas en perjuicio de niños gozaran de tanta generalidad,

[1] *Collected Papers*, Londres (5 vols.), **1**, págs. 155-82.

[2] Estos hallazgos ya le habían sido esbozados a Fliess unos meses antes (a partir del 8 de octubre de 1895). Véase también *infra*, págs. 167-8, *n.* 12.

en especial teniendo en cuenta que en todos esos casos debía verse en el padre el causante de tales acciones. Pero Freud daría expresión pública a este cambio en sus opiniones sólo varios años más tarde, en «Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis» (1906*a*), *AE*, **7**, págs. 266-7. La importante consecuencia de haber admitido esto fue, empero, que Freud pudo percatarse del papel que desempeñan las fantasías en los sucesos anímicos, lo cual le abrió la puerta para el descubrimiento de la sexualidad infantil y del complejo de Edipo. Hacemos una reseña más detallada de los cambios que sufrieron sus opiniones sobre este tema en la «Nota introductoria» a *Tres ensayos de teoría sexual* (1905*d*), *AE*, **7**, págs. 112-6; se registra un desarrollo ulterior de esta teoría en «Sobre la sexualidad femenina» (1931*b*), *AE*, **21**, págs. 239-40, donde las tempranas fantasías de la niña de ser seducida por su padre se reconducen a sus relaciones aún anteriores con la madre.

Señalemos, de paso, que merced al descubrimiento de la sexualidad infantil y a la admisión de la persistencia de mociones pulsionales inconcientes, perdió significatividad el problema planteado por el hecho de que el *recuerdo* de un trauma infantil pudiera tener mucho más efecto que su vivencia real en el momento de producirse dicho trauma —problema tratado repetidas veces por Freud en esta época y del que da minuciosa cuenta en la nota de págs. 167-8—.

Mayor interés todavía reviste quizás el observar la presentación, en este trabajo, de varios novedosos *mecanismos* psíquicos, que habrían de cumplir amplio cometido en las posteriores elucidaciones de Freud sobre los procesos anímicos. Particularmente notable es su detenido análisis de los mecanismos obsesivos, que anticipa gran parte de lo que quince años más tarde dio a conocer en la sección teórica del historial clínico del «Hombre de las Ratas» (1909*d*). De este modo, nos encontramos con tempranas alusiones a la concepción de las representaciones obsesivas como autorreproches (pág. 170), a la noción de que los síntomas son un fracaso de la defensa y un «retorno de lo reprimido» (*ibid.*), y a la teoría, de vasto alcance, según la cual los síntomas son formaciones de compromiso entre las fuerzas reprimidas y las represoras. Por último, en la sección que versa sobre la paranoia hace su primera aparición el concepto de «proyección» (pág. 183), y más adelante, hacia el final del artículo, encontramos el concepto de «alteración del yo»,[3] en

[3] Que ya estaba presente en el Manuscrito K de la correspondencia con Fliess (Freud, 1950*a*), *AE*, **1**, pág. 267.

el cual es posible ver prefiguradas ideas que volverían a salir a la luz en algunos de los postreros escritos de Freud —como por ejemplo en «Análisis terminable e interminable» (1937*c*)—.

James Strachey

## [Introducción]

En un breve ensayo publicado en 1894 [1] he reunido la histeria, las representaciones obsesivas, así como ciertos casos de confusión alucinatoria aguda, bajo el título de «neuropsicosis de defensa», porque se había obtenido para estas afecciones un punto de vista común, a saber: ellas nacían mediante el mecanismo psíquico de la *defensa* (inconciente), es decir, a raíz del intento de reprimir una representación inconciliable que había entrado en penosa oposición con el yo del enfermo. En algunos pasajes de un libro aparecido después, *Estudios sobre la histeria*,[2] que escribí en colaboración con el doctor J. Breuer, he podido elucidar e ilustrar mediante observaciones clínicas el sentido en que se ha de comprender este proceso psíquico de la «defensa» o «represión». Allí mismo se encuentran también indicaciones sobre el método del psicoanálisis,[3] método arduo, pero enteramente confiable, del que me valgo en esas indagaciones que constituyen a la vez una terapia.

Pues bien: las experiencias que he tenido en los dos últimos años de trabajo me han corroborado en mi inclinación a situar la defensa en el punto nuclear dentro del mecanismo psíquico de las neurosis mencionadas, y por otra parte me han permitido dar una base clínica a la teoría psicológica. Para mi propio asombro, he hallado para los problemas de las neurosis algunas soluciones simples, pero bien circunscritas, de las que informaré de manera provisional y sucinta en las páginas que siguen. No se concilia con el modo de comunicación escogido adjuntar aquí a las tesis las pruebas que requieren; espero poder cumplir esa obligación más adelante, en una exposición de detalle.[4]

1 [«Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*).]

2 [Freud (1895*d*).]

3 [Primera aparición del término en alemán; cf. mi «Nota introductoria» a «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), *supra*, pág. 142.]

4 [El 16 de marzo de 1896, muy poco después de escribir esto,

## I. La etiología «específica» de la histeria[5]

Que los síntomas de la histeria sólo se vuelven inteligibles reconduciéndolos a unas vivencias de eficiencia «traumática», y que estos traumas psíquicos se refieren a la vida sexual, he ahí algo que Breuer y yo hemos declarado ya en publicaciones anteriores.[6] Lo que hoy tengo para agregar, como el resultado uniforme de los análisis, por mí realizados, de trece casos de histeria, atañe por un lado a la naturaleza de estos traumas sexuales, y por el otro al período de la vida en que ocurrieron. Para la causación de la histeria no basta que en un momento cualquiera de la vida se presente una vivencia que de alguna manera roce la vida sexual y devenga patógena por el desprendimiento y la sofocación de un afecto penoso. Antes bien, es preciso que *estos traumas sexuales correspondan a la niñez temprana {frühen Kindheit} (el período de la vida anterior a la pubertad), y su contenido tiene que consistir en una efectiva irritación de los genitales (procesos semejantes al coito).*

Hallé cumplida esta condición específica de la histeria —*pasividad sexual en períodos presexuales*— en todos los casos de histeria analizados (entre ellos, dos hombres). Apenas si hace falta indicar todo lo que disminuye, en virtud de la apuntada condicionalidad de los factores etiológicos accidentales, el reclamo de una predisposición hereditaria; además, empezamos a entender la frecuencia incomparablemente mayor de la histeria en el sexo femenino, que, en efecto, es más estimulador de ataques sexuales aun en la niñez.

Freud le informaba a Fliess (Freud, 1950*a*, Carta 43): «Mi labor científica avanza paulatinamente. Hoy, como un poeta en cierne, he puesto como encabezamiento en una hoja:

*Conferencias sobre las grandes neurosis*
*(Neurastenia, neurosis de angustia, histeria, neurosis obsesiva)*

[...] tras lo cual asoma ya otra obra más hermosa:

*Psicología y psicoterapia de las neurosis de defensa*».

Pero nada habría de resultar de todo esto en lo inmediato, aparte de unas pocas conferencias inéditas y de los dos artículos que aparecen a continuación en el presente volumen (1896*c* y 1898*a*). Otras cuestiones, su autoanálisis y el problema de los sueños, pronto absorberían el interés de Freud.]

[5] [Gran parte del material de esta sección se reproduce o amplía en «La etiología de la histeria» (1896*c*), *infra*, págs. 201 y sigs.]

[6] [Cf. la «Comunicación preliminar» (1893*a*) y «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*).]

Las objeciones más obvias a este resultado aducirán que los ataques sexuales a niños pequeños son demasiado frecuentes para que su comprobación pudiera reclamar un valor etiológico, o que tales vivencias por fuerza carecerán de toda eficiencia por afectar a un ser no desarrollado sexualmente; además, se dirá, hay que guardarse de instilar a los enfermos, por medio del examen, esta clase de supuestas reminiscencias, o de creer en las novelas que ellos mismos inventan. A estas últimas objeciones cabe oponer el pedido de que nadie juzgue con demasiada suficiencia en estos oscuros terrenos si antes no se valió del único método capaz de iluminarlos (el psicoanálisis, para hacer conciente lo hasta entonces inconciente).[7] En cuanto a lo esencial de las dudas consignadas en primer término, se lo aventa con la puntualización de que no son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático, sino sólo su reanimación como *recuerdo*, después que el individuo ha ingresado en la madurez sexual.

Mis trece casos de histeria eran todos graves; llevaban varios años de duración, algunos tras largo e infructuoso tratamiento en sanatorios. Los traumas infantiles descubiertos por el análisis para estos casos graves debieron calificarse sin excepción como unos serios influjos sexuales nocivos; a veces eran cosas directamente aborrecibles. Entre las personas culpables de esos abusos de tan serias consecuencias aparecen sobre todo niñeras, gobernantas y otro personal de servicio, a quienes son entregados los niños con excesiva desaprensión; están representados además los educadores, con lamentable frecuencia;[8] en siete de aquellos trece casos se trataba, empero, de unos atentados infantiles no culposos, las más de las veces por hermanos varones que durante años habían mantenido relaciones sexuales con sus hermanas un poco menores. En todos los casos el proceso fue quizá semejante al que se averiguó con certeza en algunos, a saber: el muchacho había sufrido abusos de una per-

[7] Hasta conjeturo que las tan frecuentes invenciones {*Dichtung*, también «creaciones poéticas»} de atentados a que suelen entregarse las histéricas son unos inventos compulsivos que parten de la huella mnémica del trauma infantil.

[8] [Cabe destacar que en este trabajo Freud no menciona el hecho de que en el caso de las pacientes femeninas el presunto seductor era a menudo el padre, como lo indicó en su carta a Fliess citada en mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 160. En dos notas agregadas en 1924 a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), Freud admitió que en dos de los casos sobre los que allí se informa ocultó este hecho {atribuyendo el atentado no al padre sino al tío de la enferma} (*AE*, **2**, págs. 150 y 183).]

sona del sexo femenino, lo cual le despertó prematuramente la libido, y años después, en una agresión sexual contra su hermana, repitió exactamente los mismos procedimientos a que lo habían sometido a él.

De la lista de las nocividades sexuales de la niñez temprana patógenas para la histeria, es preciso excluir una masturbación activa. Si, no obstante, tan a menudo se la encuentra junto a la histeria, ello se debe a la circunstancia de que la masturbación misma es, con frecuencia mucho mayor de lo que se cree, el resultado del abuso o de la seducción. No es raro que las dos partes de la pareja infantil contraigan luego neurosis de defensa: el hermano, unas representaciones obsesivas; la hermana, una histeria; y ello desde luego muestra la apariencia de una predisposición neurótica familiar. Esta seudoherencia se resuelve a veces, sin embargo, de una manera sorprendente; en una de mis observaciones, un hermano, una hermana y un primo algo mayor estaban enfermos. Por el análisis que emprendí con el hermano, me enteré de que sufría de unos reproches por ser el culpable de la enfermedad de la hermana; a él mismo lo había seducido el primo, y de este se sabía en la familia que había sido víctima de su niñera.

No puedo indicar con seguridad el límite máximo de edad hasta el cual un influjo sexual nocivo entra en la etiología de la histeria; dudo, sin embargo, de que una pasividad sexual después del octavo año, y hasta el décimo,[9] pueda posibilitar una represión si esta última no es promovida por una vivencia anterior. En cuanto al límite inferior, llega hasta donde alcanza el recuerdo, vale decir, ¡hasta la tierna edad de un año y medio, o dos años! (dos casos). En algunos de mis casos, el trauma sexual (o la serie de traumas) está contenido dentro del tercero y el cuarto año de vida. Yo mismo no daría crédito a estos peregrinos descubrimientos si ellos no se volvieran cabalmente confiables por la plasmación de la posterior neurosis. En cada caso, toda una suma de síntomas patológicos, hábitos y fobias sólo es explicable si uno se remonta a aquellas vivencias infantiles, y la ensambladura lógica de las exteriorizaciones neuróticas vuelve imposible desautorizar esos recuerdos que afloran desde el vivenciar infantil y se han conservado fielmente. Desde luego que en vano se pretendería inquirir a un histérico por estos traumas de la infancia fuera del psicoanálisis; su huella nunca se descubre en el recordar conciente, sino sólo en los síntomas de la enfermedad.

[9] [Véase mi agregado al final de la nota 12 de pág. 168.]

Todas las vivencias y excitaciones que preparan u ocasionan el estallido de la histeria en el período de la vida posterior a la pubertad sólo ejercen su efecto, *comprobadamente*, por despertar la huella mnémica de esos traumas de la infancia, huella que no deviene entonces conciente, sino que conduce al desprendimiento de afecto y a la represión. Armoniza muy bien con este papel de los traumas posteriores el hecho de que no estén sujetos al estricto condicionamiento de los traumas infantiles, sino que puedan variar en intensidad y naturaleza desde un avasallamiento sexual efectivo hasta unos meros acercamientos sexuales, y hasta la percepción sensorial de actos sexuales en terceros o el recibir comunicaciones sobre procesos genésicos.[10]

En mi primera comunicación sobre las neurosis de defensa[11] quedó sin esclarecer cómo el afán de la persona hasta ese momento sana por olvidar una de aquellas vivencias traumáticas podía tener por resultado que se alcanzara realmente la represión deliberada y, con ello, se abriesen las puertas a la neurosis de defensa. Ello no podía deberse a la naturaleza de la vivencia, pues otras personas permanecían sanas a despecho de idénticas ocasiones. No era posible entonces explicar cabalmente la histeria a partir del efecto del trauma; debía admitirse que la aptitud para la reacción histérica existía ya antes de este.

Ahora bien, tal predisposición histérica indeterminada puede remplazarse enteramente o en parte por el efecto póstumo {*posthume*} del trauma infantil sexual. Sólo consiguen «reprimir» el recuerdo de una vivencia sexual penosa de la edad madura aquellas personas en quienes esa vivencia es capaz de poner en vigor la huella mnémica de un trauma infantil.[12]

[10] En un ensayo sobre la neurosis de angustia [(1895*b*), *supra*, pág. 100], mencioné que «un primer encuentro con el problema sexual (...) puede provocar en niñas adolescentes una neurosis de angustia que de manera casi típica se combina con una histeria». Hoy sé que la ocasión a raíz de la cual estalla esa *angustia virginal* no corresponde precisamente al *primer* encuentro con la sexualidad, sino que en esas personas la precedió una vivencia sexual pasiva en la infancia, cuyo recuerdo fue despertado a raíz del «primer encuentro».

[11] [Freud (1894*a*).]

[12] Una teoría psicológica de la represión tendría que explicar también por qué sólo representaciones de contenido sexual pueden ser reprimidas. Le sería lícito partir de las siguientes indicaciones: El representar de contenido sexual, como es sabido, produce en los genitales unos procesos de excitación semejantes a los que provoca el vivenciar sexual mismo. Cabe suponer que esta excitación somática se traspone en psíquica. Por regla general, el efecto en cuestión es mucho más intenso a raíz de la vivencia que a raíz del recuerdo de

Las representaciones obsesivas tienen de igual modo por premisa una vivencia sexual infantil (pero de otra naturaleza que en la histeria). La etiología de las dos neuropsicosis de defensa presenta el siguiente nexo con la etiología de las dos neurosis simples,[13] la neurastenia y la neurosis de angustia. Estas dos últimas son efectos inmediatos de las noxas sexuales mismas, según lo expuse en 1895 en un ensayo sobre la neurosis de angustia;[14] y las dos neurosis de defensa son consecuencias mediatas de influjos nocivos sexuales que sobrevinieron antes del ingreso en la madurez sexual, o sea, consecuencias de las huellas mnémicas psíquicas de estas noxas. Las causas actuales productoras de neurastenia y neurosis de angustia desempeñan a menudo, simultáneamente, el papel de causas suscitadoras de las neurosis de defensa; por otro lado, las causas específicas de la neurosis de defen-

ella; pero si la vivencia sexual cae en la época de la inmadurez sexual, y el recuerdo de ella es despertado durante la madurez o luego de esta, el recuerdo ejerce un efecto excitador incomparablemente mayor del que en su tiempo produjo la vivencia, pues entretanto la pubertad ha acrecentado en medida inconmensurable la capacidad de reacción del aparato sexual. Ahora bien, esta proporción inversa entre vivencia real y recuerdo parece contener la condición psicológica de una represión. La vida sexual ofrece —por el retardo de la madurez puberal respecto de las funciones psíquicas— la única posibilidad que se presenta para esa inversión de la eficiencia relativa. *Los traumas infantiles producen efectos retardados {nachträglich} como vivencias frescas, pero entonces los producen inconcientemente.* Tendré que posponer para otra ocasión unas elucidaciones psicológicas más extensas. — Señalo, además, que aquí el período de «maduración sexual» que entra en cuenta no coincide con la pubertad, sino que es anterior a ella (del octavo al décimo año). [Freud suministró un ejemplo del efecto retardado de los traumas tempranos en su análisis de «Katharina», en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 148-9. Había examinado extensamente esta cuestión en su «Proyecto de psicología» de 1895 (1950*a*), *AE*, **1**, págs. 403-4 y 406-7; volvió a mencionarla en «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), *supra*, págs. 152-3, y la discutió con mayor amplitud en «La etiología de la histeria» (1896*c*), *infra*, pág. 210, así como en varias cartas a Fliess de esta época; por ejemplo, en las del 1º de marzo, el 30 de mayo y el 6 de diciembre de 1896 (Cartas 42, 46 y 52), *AE*, **1**, págs. 270-1 y 276-7. En el pasaje de *infra*, pág. 210, se vincula la edad de ocho a diez años, mencionada aquí y en otros lugares (p. ej., en pág. 166), con el período de la segunda dentición. A la sazón, Freud asignaba cierta especial importancia al papel que ese período cumplía en el desarrollo sexual, y en el curso de estos textos se alude a él en repetidas oportunidades. En las cartas a Fliess que acabamos de mencionar se encuentran algunas detalladas tablas cronológicas sobre la edad en que se producen los traumas y la represión, y sobre el problema conexo de la «elección de neurosis». Cf. mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 161.]

[13] [O sea, las «neurosis actuales»; cf. «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*), *infra*, pág. 271, *n*. 12.]

[14] Freud (1895*b*).

sa, los traumas infantiles, establecen al mismo tiempo el fundamento para la neurastenia que se desarrollará luego. Por último, tampoco es raro el caso de que una neurastenia o una neurosis de angustia no sean mantenidas por influjos nocivos sexuales actuales, sino sólo por el continuado recuerdo de traumas infantiles.[15]

## II. Naturaleza y mecanismo de la neurosis obsesiva

En la etiología de la neurosis obsesiva, unas vivencias sexuales de la primera infancia poseen la misma significatividad que en la histeria; empero, ya no se trata aquí de una pasividad sexual, sino de unas agresiones ejecutadas con placer y de una participación, que se sintió placentera, en actos sexuales; vale decir, se trata de una actividad sexual. A esta diferencia en las constelaciones etiológicas se debe que la neurosis obsesiva parezca preferir al sexo masculino.

Por lo demás, en todos mis casos de neurosis obsesiva he hallado un *trasfondo de síntomas histéricos* [16] que se dejan reconducir a una escena de pasividad sexual anterior a la acción placentera. Conjeturo que esta conjugación es acorde a ley, y que una agresión sexual prematura presupone siempre una vivencia de seducción. Todavía no puedo, sin embargo, proporcionar una exposición acabada de la etiología de la neurosis obsesiva; sólo tengo una impresión: la decisión de que sobre la base de los traumas de la infancia se genere una histeria o una neurosis obsesiva parece entramada con las constelaciones *temporales* del desarrollo de la libido. [Cf. pág. 168, final de *n.* 12.]

La naturaleza de la neurosis obsesiva admite ser expre-

[15] [*Nota agregada* en 1924:] Esta sección está bajo el imperio de un error que después he admitido y rectificado repetidas veces. Por aquel tiempo yo aún no sabía distinguir entre las fantasías de los analizados acerca de su infancia y unos recuerdos reales. A consecuencia de ello, atribuí al factor etiológico de la seducción una sustantividad y una validez universal que no posee. Superado este error, se abrió el panorama de las exteriorizaciones espontáneas de la sexualidad infantil, que describí en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905*d*). Sin embargo, no todo lo contenido en este texto es desestimable; la seducción conserva cierta significatividad para la etiología, y todavía hoy considero acertados muchos de los desarrollos psicológicos aquí expuestos.

[16] [Freud dio un ejemplo de ello mucho después, en el historial clínico del «Hombre de los Lobos» (1918*b*), *AE*, **17**, pág. 70, y volvió a hacer un comentario de esta índole en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), *AE*, **20**, pág. 108.]

sada en una fórmula simple: las *representaciones obsesivas* son siempre *reproches* mudados, que retornan de la *represión* {desalojo} y están referidos siempre a una acción de la *infancia*, una acción *sexual* realizada con placer.[17] Para elucidar esta tesis es necesario describir la trayectoria típica de una neurosis obsesiva.

En un primer período —período de la inmoralidad infantil—, ocurren los sucesos que contienen el germen de la neurosis posterior. Ante todo, en la más temprana infancia, las vivencias de seducción sexual que luego posibilitan la represión; y después las acciones de agresión sexual contra el otro sexo, que más tarde aparecen bajo la forma de acciones-reproche.

Pone término a este período el ingreso —a menudo anticipado— en la maduración sexual. Ahora, al recuerdo de aquellas acciones placenteras se anuda un reproche, y el nexo con la vivencia inicial de pasividad posibilita [pág. 167] —con frecuencia sólo tras un empeño conciente y recordado— reprimir ese reproche y sustituirlo por un *síntoma defensivo primario.* Escrúpulos de la conciencia moral, vergüenza, desconfianza de sí mismo, son esos síntomas, con los cuales empieza el tercer período, de la salud aparente, pero, en verdad, de la defensa lograda.

El período siguiente, el de la enfermedad, se singulariza por el *retorno de los recuerdos reprimidos*, vale decir, por el fracaso de la defensa; acerca de esto, es incierto si el despertar de esos recuerdos sobreviene más a menudo de manera casual y espontánea, o a consecuencia de unas perturbaciones sexuales actuales, por así decir como efecto colateral de estas últimas. Ahora bien, los recuerdos reanimados y los reproches formados desde ellos nunca ingresan inalterados en la conciencia; lo que deviene conciente como representación y afecto obsesivos, sustituyendo al recuerdo patógeno en el vivir conciente, son unas *formaciones de compromiso* entre las representaciones reprimidas y las represoras.[18]

Para describir de una manera intuible y con acierto probable los procesos de la represión, del retorno de lo reprimido [19] y la formación de representaciones patológicas de compromiso, uno tendría que decidirse por unos muy precisos supuestos sobre el sustrato del acontecer psíquico y de

[17] [Esta definición fue sometida a una revisión crítica en el historial clínico del «Hombre de las Ratas» (1909*d*), *AE*, **10**, pág. 173.]

[18] [La última oración fue citada, asimismo, en una nota al pie en el mencionado pasaje del historial del «Hombre de las Ratas».]

[19] [Primera vez que aparece esta expresión.]

la conciencia.[20] Mientras se los quiera evitar, habrá que limitarse a las siguientes puntualizaciones, entendidas más bien figuralmente: Existen dos formas de la neurosis obsesiva, según que se conquiste el ingreso a la conciencia sólo el contenido mnémico de la acción-reproche, o también el afecto-reproche a ella anudado. El primer caso es el de las representaciones obsesivas típicas, en que el contenido atrae sobre sí la atención del enfermo y como afecto se siente sólo un displacer impreciso, en tanto que al contenido de la representación obsesiva sólo convendría el afecto del reproche. El contenido de la representación obsesiva está doblemente desfigurado respecto del que tuvo la acción obsesiva en la infancia: en primer lugar, porque algo actual remplaza a lo pasado, y, en segundo lugar, porque lo sexual está sustituido por un análogo no sexual. Estas dos modificaciones son el efecto de la inclinación represiva que continúa vigente, y que atribuiremos al «yo». El influjo del recuerdo patógeno reanimado se muestra en que el contenido de la representación obsesiva sigue siendo fragmentariamente idéntico a lo reprimido o se deriva de esto por medio de una correcta secuencia de pensamiento. Si uno reconstruye, con ayuda del método psicoanalítico, la génesis de cada representación obsesiva, halla que desde una impresión actual han sido incitadas dos diversas ilaciones de pensamiento; de ellas, la que ha pasado por el recuerdo reprimido demuestra estar formada tan correctamente desde el punto de vista lógico como la otra, no obstante ser insusceptible de conciencia e incorregible. Si los resultados de las dos operaciones psíquicas no concuerdan, esto no conduce, por ejemplo, a la nivelación lógica de la contradicción entre ambas, sino que en la conciencia entra, junto al resultado del pensar normal, y como un compromiso entre la resistencia y el resultado del pensar patológico, una representación obsesiva que parece absurda. Y si las dos ilaciones de pensamiento llevan a la misma conclusión, se refuerzan entre sí, de suerte que un resultado del pensar adquirido por vía normal se comporta ahora, psicológicamente, como una representación obsesiva. *Toda vez que una obsesión neurótica aparece en lo psíquico, ella proviene de una represión.* Las representaciones obsesivas {*Zwangsvorstellung*} no tienen, por así decir, curso psíquico forzoso {*Zwangskurs*} a causa de su valor intrínseco, sino por el de la fuente de que provienen o que ha contribuido a su vigencia.

[20] [Otro indicio del interés de Freud por el problema de los procesos psíquicos inconcientes; cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, pág. 54.]

Una segunda plasmación de la neurosis obsesiva se produce si lo que se conquista una subrogación en la vida psíquica conciente no es el contenido mnémico reprimido, sino el reproche, reprimido igualmente. El afecto de reproche puede mudarse, en virtud de un agregado psíquico, en un afecto displacentero de cualquier otra índole; acontecido esto, el devenir-conciente del afecto sustituyente ya no encuentra obstáculos en su camino. Entonces el *reproche* (por haber llevado a cabo en la infancia la acción sexual) se muda fácilmente en *vergüenza* (de que otro se llegue a enterar), en *angustia hipocondríaca* (por las consecuencias corporalmente nocivas de aquella acción-reproche), en *angustia social* (por la pena que impondrá la sociedad a aquel desaguisado), en *angustia religiosa*, en *delirio de ser notado* (miedo de denunciar a otros aquella acción), en *angustia de tentación* (justificada desconfianza en la propia capacidad de resistencia moral), etc. A todo esto, el contenido mnémico de la acción-reproche puede estar subrogado también en la conciencia o ser relegado por completo, lo cual dificulta en sumo grado el discernimiento diagnóstico. Muchos casos que tras una indagación superficial se tendrían por una hipocondría común (neurasténica) pertenecen a este grupo de los *afectos obsesivos*; en particular, la llamada «neurastenia periódica» o «melancolía periódica» parece resolverse con insospechada frecuencia en afectos y representaciones obsesivos, discernimiento este que no es indiferente desde el punto de vista terapéutico.

Junto a estos síntomas de compromiso, que significan el retorno de lo reprimido y, con él, un fracaso de la defensa originariamente lograda, la neurosis obsesiva forma una serie de otros síntomas de origen por entero diverso. Y es que el yo procura defenderse de aquellos retoños del recuerdo inicialmente reprimido, y en esta lucha defensiva crea unos síntomas que se podrían agrupar bajo el título de «*defensa secundaria*».

Todos estos síntomas constituyen «*medidas protectoras*» que han prestado muy buenos servicios para combatir las representaciones y afectos obsesivos. Si estos auxilios para la lucha defensiva consiguen *efectivamente* volver a reprimir los síntomas del retorno [de lo reprimido] impuestos al yo, la compulsión se trasfiere sobre las medidas protectoras mismas, y así crea una tercera plasmación de la «neurosis obsesiva»: las *acciones obsesivas*. Estas nunca son primarias, nunca contienen algo diverso de una defensa, nunca una agresión; acerca de ellas, el análisis psíquico demuestra que en todos los casos se esclarecen plenamente —no obs-

tante su rareza— reconduciéndolas al recuerdo obsesivo que ellas combaten.[21]

La defensa secundaria frente a las representaciones obsesivas puede tener éxito mediante un violento desvío hacia otros pensamientos, cuyo contenido sea el más contrario posible; en el caso de prevalecer la *compulsión de cavilar*, por ejemplo, pensamientos sobre cosas *suprasensibles*, porque las representaciones reprimidas se ocupan siempre de lo *sensual*. O el enfermo intenta enseñorearse de cada idea obsesiva singular mediante un trabajo lógico y una invocación a sus recuerdos concientes; esto lleva a la *compulsión de pensar* y *examinar*, y a la *manía de duda*. La superioridad de la percepción frente al recuerdo en estos exámenes mueve al enfermo primero, y lo compele después, a coleccionar y guardar todos los objetos con los cuales ha entrado en contacto. La defensa secundaria frente a los afectos obsesivos da por resultado una serie todavía mayor de medidas protectoras que son susceptibles de mudarse en acciones obsesivas. Es posible agrupar estas con arreglo a su tendencia: medidas *expiatorias* (fastidiosos ceremoniales, observación de números), *preventivas* (toda clase de fobias, superstición, meticulosidad pedante, acrecentamiento del síntoma

[21] Daré un ejemplo entre muchos. Un chico de once años había instituido compulsivamente el siguiente ceremonial antes de irse a la cama: No se dormía hasta no haberle contado a su madre presente, con los mínimos pormenores, todas las vivencias del día; sobre la alfombra del dormitorio no debía haber por la noche ni un papelito y ninguna otra clase de basura; la cama tenía que arrimarse por completo a la pared, debía haber tres sillas delante de ella y disponerse las almohadas de una manera precisa. Y él mismo, antes de dormirse, tenía que entrechocar sus piernas cierto número de veces, y luego ponerse de costado. — Esto se esclareció de la siguiente manera: Años antes había ocurrido que una sirvienta, encargada de llevar a la cama al bello niño, aprovechó la oportunidad para acostársele encima y abusar sexualmente de él. Después, cuando este recuerdo fue despertado por una vivencia reciente, se anunció a la conciencia a través de la compulsión al ceremonial descrito, cuyo sentido era fácil de colegir y fue establecido en detalle por el psicoanálisis: Sillas delante de la cama, y esta arrimada a la pared... para que nadie más pudiera tener acceso a la cama; almohadas ordenadas de cierta manera... para que estuvieran ordenadas diversamente que aquella noche; los movimientos con las piernas... echar fuera a la persona acostada sobre él; dormir de costado... porque en la escena yacía de espaldas; detallada confesión ante la madre... pues le había callado esa y otras vivencias sexuales, por prohibición de la seductora; por último, mantener limpio el piso del dormitorio... porque el principal reproche que hasta entonces había debido recibir de la madre era que no lo mantenía así. [Un no menos complicado ceremonial del dormir fue analizado por Freud unos veinte años después, en la 17ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, **16**, págs. 241-6.]

primario de los escrúpulos de la conciencia moral), *miedo a traicionarse* (coleccionar papeles,[22] misantropía), *aturdimiento* (dipsomanía). Entre estas acciones e impulsos obsesivos, las fobias desempeñan el máximo papel como limitaciones existenciales del enfermo.

Hay casos en los que se puede observar cómo la compulsión se trasfiere de la representación o el afecto a la medida de defensa; otros en que la compulsión oscila periódicamente entre el síntoma de retorno [de lo reprimido] y el síntoma de la defensa secundaria; pero, junto a estos, otros casos en que no se forma representación obsesiva alguna, sino que el recuerdo reprimido está subrogado de manera inmediata por la medida de defensa aparentemente primaria. Aquí se alcanza de un salto aquel estadio que de lo contrario cierra la trayectoria de la neurosis obsesiva sólo tras la lucha de la defensa. Los casos graves de esta afección culminan en la fijación de acciones ceremoniales, o en una manía de duda universal, o en una existencia estrafalaria condicionada por fobias.

Que la representación obsesiva y todo cuanto de ella deriva no halle creencia [en el sujeto] se debe a que a raíz de la represión primaria se formó el síntoma defensivo de la *escrupulosidad de la conciencia moral*, que de igual modo cobró vigencia obsesiva. La certidumbre de haber vivido con arreglo a la moral durante todo el período de la defensa lograda impide creer en el reproche que está envuelto en la representación obsesiva. Los síntomas patológicos del retorno reciben también creencia sólo pasajeramente, a raíz de la emergencia de una representación obsesiva nueva y, aquí y allí, en estados de agotamiento melancólico del yo. La «compulsión» de las formaciones psíquicas aquí descritas no tiene absolutamente nada que ver con su reconocimiento por la creencia, y tampoco se debe confundir con aquel factor que se designa como «fortaleza» o «intensidad» de una representación. Su carácter esencial es, antes bien, que no puede ser resuelta por la actividad psíquica susceptible de conciencia; y este carácter no experimenta cambio alguno porque la representación a que la obsesión adhiere sea más fuerte o más débil, esté más o menos intensamente «iluminada», «investida con energía», etc.

22 [Se hallará un ejemplo de esto en la Observación 10 de «Obsesiones y fobias» (1895*c*), *supra*, pág. 79.]

## III. Análisis de un caso de paranoia crónica [23]

Desde hace ya largo tiempo aliento la conjetura de que también la paranoia —o grupos de casos pertenecientes a ella— es una psicosis de defensa, es decir que proviene, lo mismo que la histeria y las representaciones obsesivas, de la represión de recuerdos penosos, y que sus síntomas son determinados en su forma por el contenido de lo reprimido. Es preciso que la paranoia posea un particular camino o mecanismo de represión,[24] así como la histeria lleva a cabo esta por el camino de la *conversión* a la inervación corporal, y la neurosis obsesiva por *sustitución* (desplazamiento a lo largo de ciertas categorías asociativas). Yo observé varios casos que propiciaban esta interpretación, pero no había hallado ninguno que la probara; hasta que hace unos pocos meses, por deferencia del doctor Josef Breuer, pude someter a un psicoanálisis, con propósito terapéutico, el caso de una inteligente señora de treinta y dos años, al que no se podría denegarle la designación de paranoia crónica. Si no he aguardado más para informar sobre algunos esclarecimientos obtenidos a raíz de ese trabajo, ello se debe a que no tengo posibilidades de estudiar la paranoia salvo en ejemplos muy aislados, y a que considero posible que estas puntualizaciones muevan a un psiquiatra mejor situado que yo a hacer valer los derechos del factor de la «defensa» en el debate, hoy tan vivo, acerca de la naturaleza y el mecanismo psíquico de la paranoia. Lejos de mí, por cierto, querer decir con esta única observación, que paso a exponer, algo más que esto: ella es una psicosis de defensa, y quizá dentro del grupo «paranoia» haya otros casos más que también lo sean.

La señora P. tiene treinta y dos años de edad, está casada desde hace tres, es madre de un niño de dos años; sus progenitores no son nerviosos; empero, sé que sus dos hermanos son neuróticos igual que ella. Es dudoso que promediando su tercera década de vida no sufriera alguna depresión pasajera y extravío de juicio; en los últimos años per-

[23] [*Nota agregada* en 1924:] Más correctamente, de *dementia paranoides*.

[24] [Este pasaje ofrece un buen ejemplo del cambiante uso que hizo Freud de los términos «defensa» y «represión». Teniendo en cuenta lo que afirma de ambos en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926*d*), *AE*, **20**, págs. 152-4, en este caso tendría que haber utilizado «defensa» y no «represión». Véase, sin embargo, mi «Apéndice A» a dicha obra (*ibid.*, págs. 162-3).]

maneció sana y productiva, hasta que seis meses después de nacido su hijo dejó discernir los primeros indicios de la afección presente. Se volvió huraña y desconfiada, mostraba aversión al trato con los hermanos y hermanas de su marido y se quejaba de que los vecinos de la pequeña ciudad en que vivía habían variado su comportamiento hacia ella, siendo ahora descorteses y desconsiderados. Estas quejas aumentaron poco a poco en intensidad, aunque no en su precisión: decía que tenían algo contra ella, aunque no vislumbraba qué pudiera ser. Pero no había duda —según ella— de que todos, parientes y amigos, le faltaban al respeto, hacían lo posible para mortificarla. Se quiebra la cabeza para averiguar a qué se debe, y no lo sabe. Algún tiempo después, se queja de ser observada, le coligen sus pensamientos, se sabe todo cuanto le pasa en su hogar. Una siesta le acudió repentinamente el pensamiento de que a la noche la observaban cuando se desvestía. Desde ese momento recurrió para desvestirse a las más complicadas medidas precautorias, se deslizaba a oscuras dentro de la cama y sólo se desvestía bajo las mantas {*Decke*}. Como rehuía todo trato, se alimentaba mal y andaba muy desazonada, en el verano de 1895 la internaron en un instituto de cura de aguas. Allí afloraron nuevos síntomas y se le reforzaron los existentes. Ya en la primavera, cierto día tuvo de pronto, estando sola con su mucama, una sensación en el regazo, y a raíz de ella pensó que la muchacha tenía en ese momento un pensamiento indecente. Esta sensación se volvió en el verano más frecuente, casi continua; sentía sus genitales «como se siente una mano pesada». Luego empezó a ver imágenes que la espantaban, alucinaciones de desnudeces femeninas, en particular de un regazo femenino desnudo, con vello; en ocasiones, también genitales masculinos. La imagen del regazo velludo y la sensación de órgano en el regazo le acudían las más de las veces juntas. Las imágenes eran muy martirizadoras para ella, pues las tenía cuando estaba en compañía de una mujer, y entonces seguía la interpretación de que ella veía a esa mujer en desnudez indecorosa, pero en el mismo momento esta tenía la misma imagen de ella (!). Simultáneamente con estas alucinaciones visuales —que tornaron a desaparecer durante varios meses tras su primer ingreso en el instituto de salud—, empezaron unas voces que la fastidiaban, que ella no reconocía ni sabía explicar. Si andaba por la calle, eso decía: «Esta es la señora P. — Ahí va ella. ¿Adónde irá?». — Cada uno de sus movimientos y acciones eran comentados, a veces oía amenazas y reproches. Todos estos síntomas la hostigaban más cuando estaba en compañía o

iba por la calle; por eso se rehusaba a salir. Luego tuvo asco a la comida y decayó rápidamente.

Todo esto lo supe por ella, cuando en el invierno de 1895 llegó a Viena para que yo la tratara. Lo he expuesto en detalle para trasmitir la impresión de que efectivamente se trata aquí de una forma frecuentísima de paranoia crónica, juicio con el cual armonizan los detalles, que luego consignaré, de los síntomas y de la conducta de ella. En cuanto a formaciones delirantes para la interpretación de las alucinaciones, o bien me las ocultó en ese momento o efectivamente no se habían producido aún; su inteligencia no había sufrido menoscabo; como cosa llamativa, sólo me informaron que repetidas veces visitaba a su hermano, que vivía en la vecindad, para encargarle algo, pero nunca le había comunicado nada. Jamás hablaba sobre sus alucinaciones y últimamente tampoco lo hacía mucho sobre las mortificaciones y persecuciones que sufría.

Ahora bien, lo que yo tengo para informar sobre esta enferma atañe a la etiología del caso y al mecanismo de las alucinaciones. Descubrí la etiología aplicando, en un todo como si se tratara de una histeria, el método de Breuer para explorar primero y eliminar después las alucinaciones. A tal fin, partí de la premisa de que en la paranoia, como en las otras dos neurosis de defensa con que yo estaba familiarizado, había unos pensamientos inconcientes y unos recuerdos reprimidos que, lo mismo que en aquellas, podían ser llevados a la conciencia venciendo una cierta resistencia; y la enferma corroboró enseguida esa expectativa, pues se comportó en el análisis como lo haría una histérica, y, reconcentrada bajo la presión de mi mano,[25] produjo unos pensamientos que no recordaba haber tenido, que al principio no entendía y que contradecían su expectativa. Así quedaba probada también para un caso de paranoia la ocurrencia de unas representaciones inconcientes sustantivas, y ello me daba derecho a esperar que podría reconducir la compulsión de la paranoia igualmente a una represión. Lo peculiar era que la mayoría de las veces ella oía o alucinaba interiormente, como sus voces, las indicaciones que provenían de lo inconciente.

Sobre el origen de las alucinaciones visuales o, al menos, de las imágenes vivaces, averigüé lo siguiente: La imagen del regazo femenino acudía casi siempre junto con la sen-

[25] Cf. mis *Estudios sobre la histeria* [(1895*d*); Freud describió esta técnica en varios lugares de esa obra (p. ej., *AE*, **2**, págs. 127-8 y 277-8)].

sación de órgano en el regazo, pero esta última era mucho más constante y solía presentarse sin la imagen.

Las primeras imágenes de regazos femeninos se le habían aparecido en el instituto de cura de aguas, pocas horas después que hubiera visto a unas mujeres realmente desnudas en la sala de baños; probaron ser, entonces, simples reproducciones de una impresión real. Ahora bien, era lícito suponer que si estas impresiones se habían repetido, sólo pudo deberse a que se les anudó un gran interés. Informó que en aquel momento había sentido vergüenza por aquellas mujeres; y ella misma, desde que tiene memoria, se avergüenza de que la vean desnuda. Como yo no podía menos que ver en esa vergüenza algo compulsivo, inferí, de acuerdo con el mecanismo de la defensa, que ahí debía de haber sido reprimida una vivencia en que ella no se avergonzó, y la exhorté a dejar aflorar los recuerdos que correspondieran al tema del avergonzarse. Me reprodujo con prontitud una serie de escenas desde su séptimo hasta su octavo año, en que se había avergonzado de su desnudez en el baño ante su madre, su hermana, el médico; ahora bien, la serie desembocó en esta escena: teniendo ella seis años, se desvistió en el dormitorio para meterse en cama, sin avergonzarse ante su hermano presente. A mi inquisición, se averiguó que hubo muchas escenas de estas, y que los hermanitos durante años habían tenido la costumbre de mostrarse desnudos uno al otro antes de meterse en cama. Comprendí entonces el significado de la ocurrencia repentina de que la observaban cuando se metía en cama. Era un fragmento inalterado del viejo recuerdo-reproche, y ella reparaba ahora con su vergüenza lo que había omitido de niña.

La conjetura de que aquí se trataba de una constelación infantil, como es tan frecuente en la etiología de la histeria, quedó corroborada por ulteriores progresos del análisis, que arrojaron soluciones, simultáneamente, para detalles singulares de frecuente recurrencia en el cuadro de la paranoia.

El comienzo de su desazón coincidió con una gran disputa entre su marido y su hermano, a raíz de la cual este último no volvió a pisar la casa de ella. Siempre había amado muchísimo a este hermano, y lo extrañaba mucho en esa época. Pero, además, ella habló de un momento de su historial clínico en el que por primera vez «se le aclaró todo», es decir, obtuvo el convencimiento de que era cierta su conjetura de que todos la despreciaban y la mortificaban adrede. Ganó esta certeza por la visita de una cuñada, que en el curso de la plática dejó caer estas palabras:

«Si a mí me pasara algo así, lo tomaría a la ligera». La señora P. tomó esta manifestación primero sin malicia, pero, tras despedirse la visita se le antojó que esas palabras contenían un reproche para ella, como si soliera tomar a la ligera cosas serias, y desde esa hora se convenció de que era víctima de la murmuración general. Cuando le inquirí por qué se sentía justificada para darse por aludida con esas palabras, respondió que el tono con que habló la cuñada la convenció de ello —es cierto que con efecto retardado {*nachträglich*}—, lo cual es un detalle bien característico de la paranoia. La compelí entonces a recordar los dichos de la cuñada anteriores a la manifestación inculpada, y se averiguó que aquella había contado que en la casa paterna había toda clase de dificultades con los *hermanos varones*, anudando a ello la sabia observación: «En toda familia ocurren muchas cosas, sobre las que se prefiere echar un manto {*Decke*}. Y que si a ella le pasara algo así, lo tomaría a la ligera». Y bien, la señora P. no pudo menos que confesarlo, su desazón se había anudado a *esas frases* anteriores a la última manifestación. Pero como ella había reprimido {desalojado-suplantado} estas dos frases que podían despertarle el recuerdo de su relación con el hermano, conservando sólo la última frase insustancial, se vio forzada a anudar a esta la sensación de que su cuñada le hacía un reproche y, no ofreciéndole el contenido de la frase ningún asidero para ello, se volcó desde el contenido sobre el tono con el cual las palabras fueron pronunciadas. Tenemos aquí una prueba probablemente típica de que las falsas interpretaciones de la paranoia están basadas en una represión.

De manera sorprendente se solucionó también su raro proceder de convocar a su hermano para unas citas en las que luego no tenía nada que decirle. Ella lo explicó así: había pensado que él no podía menos que comprender su padecer con sólo verla, pues él sabía la causa de aquel. Ahora bien, como este hermano era de hecho la única persona que podía conocer la etiología de su enfermedad, resultaba que ella había actuado siguiendo un motivo que por cierto no entendía concientemente, pero que aparecía de todo punto justificado si se le atribuía un sentido desde lo inconciente.

Conseguí entonces moverla a que reprodujera las diversas escenas en que había culminado el comercio sexual con el hermano (al menos desde su sexto hasta su décimo año). Durante este trabajo de reproducción, la sensación de órgano en el regazo «intervino en la conversación» {«*mitspre-*

*chen*»},[26] como es regular observarlo en el análisis de restos mnémicos histéricos. La imagen de un regazo femenino desnudo (pero ahora reducido a unas proporciones infantiles y sin vello) ora le acudía, ora le faltaba, según que la escena en cuestión hubiera ocurrido a plena luz o en la oscuridad. También el asco a la comida halló una explicación en un detalle repelente de estos procesos. Después que hubimos recorrido la serie de estas escenas, las sensaciones e imágenes alucinatorias desaparecieron para no retornar (al menos hasta hoy).[27]

De esta suerte, yo había aprendido que esas alucinaciones no eran otra cosa que fragmentos tomados del contenido de las vivencias infantiles reprimidas, síntomas del retorno de lo reprimido.

Pasé entonces al análisis de las voces. Aquí era preciso explicar, ante todo, que un contenido tan indiferente como «Ahí va la señora P.», «Ahora busca vivienda», etc., pudiera ser sentido tan penoso por ella; y luego, los caminos por los cuales estas inocentes frases consiguieron singularizarse mediante un refuerzo alucinatorio. Estaba claro

[26] [Esta «intromisión» de un síntoma, observada en los tratamientos, fue explicada por Freud en su contribución a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 301.]

[27] Cuando más tarde una exacerbación dio por tierra con el éxito del tratamiento, mezquino por otra parte, ya no volvió a ver las chocantes imágenes de genitales ajenos, sino que tuvo la idea de que los extraños veían los genitales *de ella* tan pronto como se encontraban *detrás* de ella.

[El siguiente agregado aparece, con fecha de 1922, en la edición inglesa de 1924 (cf. *supra*, pág. 160). No se lo ha incluido en ninguna de las ediciones en alemán, y no se ha encontrado ningún manuscrito en alemán correspondiente.]

El relato fragmentario de este análisis que damos en el texto fue escrito mientras la paciente aún se hallaba en tratamiento. Al poco tiempo, su dolencia se agravó tanto que este debió ser interrumpido. La enferma fue internada en una institución, donde tuvo un período de graves alucinaciones, con todos los signos de la *dementia praecox*. [Un comentario de los editores de la versión inglesa de 1924 aclara que la primitiva nota del original alemán correspondía a este período.] Sin embargo, contrariando todas las expectativas, se recuperó y pudo retornar a su hogar, tuvo otro hijo perfectamente sano, y durante un largo lapso (12 a 15 años) fue capaz de cumplir con sus obligaciones de manera satisfactoria. Se afirmó que la única señal de su anterior psicosis era que eludía la compañía de todos sus parientes, ya fueran de su propia familia o de la de su marido. Al término de ese lapso, afectada por cambios muy adversos en sus circunstancias de vida, enfermó nuevamente. Su marido había quedado incapacitado para el trabajo, y los parientes que ella había evitado se vieron obligados a acudir en sostén de la familia. La paciente fue otra vez internada en un establecimiento, y allí murió poco más tarde, a raíz de una neumonía de rápido desenlace.

de antemano que estas «voces» no podían ser unos recuerdos reproducidos por vía alucinatoria, como las imágenes y sensaciones, sino que eran más bien unos pensamientos «dichos en voz alta».

La primera vez que oyó las voces, aconteció bajo las siguientes circunstancias: Había leído con gran tensión el bello relato de Otto Ludwig, *Die Heiterethei*,[28] notando que a raíz de la lectura la reclamaban unos pensamientos que le acudían en tropel. Inmediatamente después salió a pasear por las callecitas vecinales, y entonces las voces le dijeron de pronto, cuando pasaba por una choza de campesinos: «¡Así era la casa de Heiterethei! Esta es la fuente y ese el arbusto. ¡Cuán dichosa era ella a pesar de su pobreza!». Y entonces las voces le repitieron fragmentos enteros de lo que acababa de leer; pero quedó sin entender por qué la casa, el arbusto y la fuente de la Heiterethei, y justamente los pasajes más insignificantes e incidentales de la obra literaria, tenían que imponerse a su atención con intensidad patológica. Sin embargo, la solución del enigma no era difícil. Por el análisis se averiguó que durante la lectura había tenido también otros pensamientos y la habían incitado muy otros pasajes del libro. Contra este material —analogías entre la pareja de la obra literaria y ella y su marido, recuerdos de intimidades de su vida conyugal y de secretos de familia—, contra todo esto, se había levantado una resistencia represora, porque siguiendo unos caminos fácilmente pesquisables se entramaba con su aversión sexual y así, en definitiva, desembocaba en el despertar de las viejas vivencias infantiles. A consecuencia de esta censura[29] ejercida por la represión, los pasajes inocentes e idílicos, que se enlazaban por contraste y también por vecindad con los objetados, cobraron ese refuerzo para la conciencia que les posibilitó ser dichos en voz alta. La primera de las ocurrencias reprimidas se refería, por ejemplo, a las murmuraciones a que estaba expuesta por parte de sus vecinos la heroína, que vivía sola. Fácilmente halló la analogía con su propia persona. También ella vivía en una pequeña localidad, no se trataba con nadie y se creía despreciada por los vecinos. Esta desconfianza a sus vecinos tenía un fundamento real: al comienzo se vio constreñida a conformar-

[28] [Otto Ludwig (1813-1865) fue un famoso dramaturgo y novelista alemán. La heroína de su novela *Die Heiterethei und ihr Widerspiel* (1854) era una muchacha campesina de Turingia. Freud hizo una nueva referencia a este episodio en «Sobre los recuerdos encubridores» (1899*a*), *infra*, págs. 301-2.]

[29] [Cf. *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 276 y 287.]

se con una vivienda pequeña, la pared de cuyo dormitorio, a la cual estaba arrimada la cama matrimonial de la joven pareja, era contigua a una habitación de la casa vecina. En los comienzos de su vida conyugal despertó en ella —evidentemente por un despertar inconciente de su relación infantil, en que jugaban a marido y mujer— una gran aversión sexual; estaba siempre temerosa de que los vecinos pudieran oír palabras y ruidos a través de la pared medianera, y esta vergüenza se le mudó en un sentimiento de enojo hacia los vecinos.

Las voces debían su génesis, entonces, a la represión de unos pensamientos que en su resolución última significaban en verdad unos reproches con ocasión de una vivencia análoga al trauma infantil; según eso, eran síntomas del retorno de lo reprimido, pero al mismo tiempo consecuencias de un compromiso entre resistencia del yo y poder de lo retornante, compromiso que en este caso había producido una desfiguración que llegaba a lo irreconocible. En otros ejemplos de voces que tuve oportunidad de analizar en la señora P., la desfiguración era menos grande; no obstante, las palabras oídas siempre tenían un carácter de diplomática imprecisión; la alusión mortificadora estaba las más de las veces profundamente escondida, y los nexos entre las frases singulares se disfrazaban por medio de una expresión ajena, unas formas lingüísticas desacostumbradas, etc.: caracteres estos que son universales en las alucinaciones auditivas de los paranoicos y en que yo diviso la huella de la desfiguración-compromiso. El dicho: «Ahí va la señora P., ella busca vivienda en la calle», significaba, por ejemplo, la amenaza de no curar nunca, pues yo le había prometido que luego del tratamiento estaría en condiciones de regresar a la pequeña ciudad donde su marido tenía sus ocupaciones; había alquilado una vivienda en Viena provisionalmente, por algunos meses.

En algunos casos, la señora P. oía también amenazas más nítidas, relacionadas, por ejemplo, con los parientes de su marido; aun así, su expresión reticente contrastaba con la tortura que tales voces le producían. De acuerdo con lo que ya se sabe acerca de los paranoicos, me inclino a suponer una progresiva parálisis de aquella resistencia que amortigua los reproches, de suerte que la defensa termina en un total fracaso y el reproche originario, el vituperio que uno se quería ahorrar, regresa en su forma inalterada. Empero, yo no sé si este es un decurso constante, si la censura de los dichos-reproche no puede faltar desde el comienzo o perseverar hasta el final.

Me resta todavía valorizar los esclarecimientos obtenidos de este caso de paranoia para una comparación entre la paranoia y la neurosis obsesiva. Aquí como allí se ha comprobado que la represión es el núcleo del mecanismo psíquico; lo reprimido es en ambos casos una vivencia sexual infantil. También en esta paranoia, toda obsesión proviene de una represión; los síntomas de la paranoia admiten una clasificación semejante a la que se probó justificada para la neurosis obsesiva. Una parte de los síntomas brota igualmente de la defensa primaria, a saber: todas las ideas delirantes de la desconfianza, la inquina, la persecución de otros. En la neurosis obsesiva, el reproche inicial ha sido reprimido {desalojado-suplantado} por la formación del síntoma defensivo primario: *desconfianza de sí mismo.* Así se reconoció la licitud del reproche, y entonces, para compensar eso, la vigencia que el escrúpulo de la conciencia moral adquirió en el intervalo de salud protege de dar crédito al reproche que retorna como representación obsesiva. En la paranoia, el reproche es reprimido por un camino que se puede designar como *proyección,*[30] puesto que se erige el síntoma defensivo de la *desconfianza hacia otros*; con ello se le quita reconocimiento al reproche, y, como compensación de esto, falta luego una protección contra los reproches que retornan dentro de las ideas delirantes.

A otros síntomas de mi caso de paranoia cabe designarlos como síntomas del retorno de lo reprimido y también llevan en sí, como los síntomas de la neurosis obsesiva, las huellas del compromiso que les consintió —sólo él— el ingreso en la conciencia. Así, la idea delirante de ser observada cuando se desvestía, las alucinaciones visuales y de sensación, y el oír voces. El retorno de lo reprimido en imágenes visuales se acerca más al carácter de la histeria que al de la neurosis obsesiva; empero, la histeria suele repetir sus símbolos mnémicos sin modificación, mientras que la alucinación mnémica paranoica experimenta una desfiguración, como sucede en la neurosis obsesiva; una imagen moderna análoga remplaza a la reprimida (regazo de una mujer adulta, y no el de una niña; y por eso mismo el vello *particularmente* nítido, dado que este faltaba en la impresión originaria). Una circunstancia por entero peculiar de la paranoia, y ya no susceptible de ser iluminada en esta comparación, es

30 [Parece ser esta la primera vez que Freud empleó este término en una publicación. Figura en un estudio suyo anterior sobre la paranoia, enviado a Fliess el 24 de enero de 1895 (Freud, 1950*a*, Manuscrito H), *AE*, **1**, pág. 249, donde examina el concepto más ampliamente que en el presente pasaje.]

que los reproches reprimidos retornan como unos pensamientos enunciados en voz alta, para lo cual se ven forzados a consentir una doble desfiguración: una censura lleva a su sustitución por otros pensamientos asociados o a su encubrimiento por modos imprecisos de expresión, y están referidos a vivencias recientes, meramente análogas a las antiguas.

En cuanto al tercer grupo de los síntomas hallados en la neurosis obsesiva, los síntomas de la defensa secundaria, no se los halla presentes como tales en la paranoia; en efecto, contra los síntomas que retornan,[31] y que hallan creencia, no se hace valer defensa alguna. Como sustituto de ello, hallamos en la paranoia otra fuente para la formación de síntoma; las ideas delirantes que llegaron a la conciencia en virtud del compromiso (síntomas del retorno [de lo reprimido]) proponen demandas al trabajo de pensamiento del yo hasta que se las pueda aceptar exentas de contradicción. Como ellas mismas no son influibles, el yo se ve precisado a adecuárseles; así es como a los síntomas de la defensa secundaria en el caso de la neurosis obsesiva corresponde aquí la formación delirante combinatoria,[32] el *delirio de interpretación*, que desemboca en la *alteración del yo*.[33] Mi caso era incompleto en este aspecto; en aquel momento aún no mostraba nada de los ensayos interpretativos que sólo después advinieron. Pero no dudo de que se comprobarán importantes resultados cuando se aplique el psicoanálisis a ese estadio de la paranoia. Acaso se averigüe que también la llamada *debilidad mnémica* de los paranoicos es *tendenciosa*, es decir, descansa en una represión y sirve a los propósitos de esta. Con efecto retardado {*nachträglich*}, es posible que se repriman y sustituyan aquellos recuerdos no patógenos que se sitúan en contradicción con la alteración del yo, reclamada esta imperiosamente por los síntomas del retorno.

31 [Vale decir, síntomas del retorno de lo reprimido.]

32 [La que procura armonizar entre sí las diferentes partes del material. Freud empleó la expresión «delirio de asimilación» en el Manuscrito K (*AE*, **1**, pág. 267). Cf. mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 160.]

33 [Cf. mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 161.]

# La etiología de la histeria
(1896)

# Nota introductoria

## «Zur Ätiologie der Hysterie»

*Ediciones en alemán*

1896 *Wien. klin. Rdsch.*, **10**, nº 22, págs. 379-81; nº 23, págs. 395-7; nº 24, págs. 413-5; nº 25, págs. 432-3, y nº 26, págs. 450-2. (31 de mayo; 7, 14, 21 y 28 de junio.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 149-80. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 404-38.
1952 *GW*, **1**, págs. 425-59.
1972 *SA*, **6**, págs. 51-81.

*Traducciones en castellano* *

1928 «La etiología de la histeria». *BN* (17 vols.), **12**, págs. 201-37. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **12**, págs. 205-38. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 131-48. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **12**, págs. 158-83. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 131-45. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 299-316. El mismo traductor.

Este trabajo fue resumido por Freud bajo el número XXXVI en el sumario de sus primeros escritos científicos (1897*b*), *infra*, pág. 247.

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n*. 6.}

Según una nota a pie de página que apareció en *Wiener klinische Rundschau* en su número del 31 de mayo de 1896, este artículo tuvo como base una conferencia pronunciada por Freud ante la Verein für Psychiatrie und Neurologie {Sociedad de Psiquiatría y Neurología} el día 2 de mayo. La exactitud de ese dato es, empero, cuestionable. En una carta inédita a Fliess del jueves 16 de abril, Freud le dice que el martes siguiente, 21 de abril, estaba comprometido para pronunciar una conferencia ante la Psychiatrischer Verein. No aclara cuál sería el tema de la charla, pero en otra carta inédita, fechada el 26 y 28 de abril de 1896, informa haber hablado en esa sociedad sobre la etiología de la histeria. Continúa diciendo que «los borricos le dieron una fría acogida» y que Krafft-Ebing, quien presidía la reunión, afirmó que sonaba como un cuento de hadas científico. Y en otra carta, datada el 30 de mayo y que fue incluida en la correspondencia con Fliess (Freud, 1950*a*, Carta 46), acota: «Desafiando a mis colegas, acabo de redactar para Paschkis [director de *Wiener klinische Rundschau*] mi conferencia sobre la etiología de la histeria, completa». La publicación comenzó de hecho en esa revista al día siguiente.

De todo lo anterior parece desprenderse que la verdadera fecha de la conferencia fue el 21 de abril de 1896.

El presente trabajo puede considerarse una reproducción ampliada de la primera sección del que lo antecedió, el segundo artículo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*). Aquí se ofrecen con más detalle los hallazgos de Freud en torno de las causas de la histeria, con algún comentario acerca de las dificultades que tuvo que superar para llegar a ellos. Dedica mucho más espacio (especialmente en la sección II) a las vivencias sexuales infantiles que, según suponía, se hallaban detrás de los síntomas posteriores. Lo mismo que en los trabajos previos, opina que esas experiencias son invariablemente provocadas por adultos; la existencia de la sexualidad infantil era todavía cosa del futuro. Hay, sin embargo, una insinuación (en págs. 212-3) de lo que en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905*d*), *AE*, 7, pág. 173, llamaría el carácter «perverso polimorfo» de la sexualidad infantil.

Entre otros puntos de interés para el estudioso, señalemos la creciente tendencia a preferir las elucidaciones psicológicas a las neurológicas (pág. 202) y una primera tentativa de resolver el problema de la «elección de neurosis» (págs. 217-8), tema este que retornaría constantemente a la palestra. Las variables concepciones de Freud al respecto se

reseñan en mi «Nota introductoria» a «La predisposición a la neurosis obsesiva» (1913*i*), *AE*, **12**, págs. 331-5; en verdad, ya se había hecho una aproximación a él en los dos artículos precedentes: (1896*a*), *supra*, pág. 155, y (1896*b*), *supra*, págs. 168-9.

James Strachey

# I

Señores: Si nos proponemos formarnos una opinión sobre la causación de un estado patológico como la histeria, emprenderemos primero el camino de la investigación anamnésica, prestando oídos a los enfermos o a sus allegados sobre los influjos nocivos a los cuales ellos mismos reconducen la contracción de aquellos síntomas neuróticos. Desde luego, lo que así averiguamos está falseado por todos aquellos factores que suelen encubrirle a un enfermo el discernimiento de su propio estado: su falta de inteligencia científica para unos efectos etiológicos, la falacia de «*post hoc, ergo propter hoc*»,* el displacer en considerar o ponderar ciertas noxas y traumas. Por eso en aquella investigación anamnésica nos atenemos al designio de no admitir sin profundo examen crítico la creencia de los enfermos, ni dejar que los pacientes rectifiquen nuestra opinión científica sobre la etiología de la neurosis. Si por una parte reconocemos ciertos indicios de retorno constante (p. ej., que el estado histérico sería el efecto retardado {*Nachwirkung*}, de larga permanencia, de la emoción que una vez sobrevino), por la otra hemos introducido en la etiología de la histeria un factor que el enfermo mismo nunca aduce y sólo admite de mala gana, a saber, la disposición hereditaria que ha recibido de sus progenitores. Saben ustedes que según la opinión de la influyente escuela de Charcot, sólo la herencia merece ser reconocida como causa eficiente de la histeria, en tanto que todos los otros influjos nocivos, de la naturaleza e intensidad más diversa, no están destinados a desempeñar sino el papel de unas causas ocasionales, de unos «*agents provocateurs*».

Sería deseable, me concederán ustedes sin vacilar, que existiera un segundo camino para alcanzar la etiología de la

* {«Después de esto, entonces a causa de esto»; vale decir, la falacia de tomar como causa lo que no es más que mero antecedente en el tiempo.}

histeria, gracias al cual uno se supiera menos dependiente de lo que indican los enfermos. El dermatólogo, por ejemplo, sabe discernir una ulceración como luética por la complexión de sus bordes, de su costra y su contorno, sin dejarse desconcertar por el veto del paciente que niega una fuente de infección. El médico forense se arregla para esclarecer las causas de una lesión aunque deba renunciar a las comunicaciones del lesionado. Y bien, hay para la histeria una posibilidad así, de avanzar desde los síntomas hasta la noticia sobre las causas. Me gustaría figurarles mediante un símil, que tiene por contenido un progreso alcanzado de hecho en otro campo de trabajo, la comparación entre el método de que es preciso valerse para conseguir aquella noticia y los métodos más antiguos del relevamiento anamnésico.

Supongan que un investigador viajero llega a una comarca poco conocida, donde despierta su interés un yacimiento arqueológico en el que hay unas paredes derruidas, unos restos de columnas y de tablillas con unos signos de escritura borrados e ilegibles. Puede limitarse a contemplar lo exhumado e inquirir luego a los moradores de las cercanías, gentes acaso semibárbaras, sobre lo que su tradición les dice acerca de la historia y el significado de esos restos de monumentos; anotaría entonces los informes... y seguiría viaje. Pero puede seguir otro procedimiento; acaso llevó consigo palas, picos y azadas, y entonces contratará a los lugareños para que trabajen con esos instrumentos, abordará con ellos el yacimiento, removerá el cascajo y por los restos visibles descubrirá lo enterrado. Si el éxito premia su trabajo, los hallazgos se ilustran por sí solos: los restos de muros pertenecen a los que rodeaban el recinto de un palacio o una casa del tesoro; un templo se completa desde las ruinas de columnatas; las numerosas inscripciones halladas, bilingües en el mejor de los casos, revelan un alfabeto y una lengua cuyo desciframiento y traducción brindan insospechadas noticias sobre los sucesos de la prehistoria, para guardar memoria de la cual se habían edificado aquellos monumentos. «*Saxa loquuntur!*».*

Si de manera más o menos parecida uno quiere hacer hablar a los síntomas de una histeria como testigos de la historia genética de la enfermedad, deberá partir del sustantivo descubrimiento de Josef Breuer: *los síntomas de la histeria* (dejando de lado los estigmas)[1] *derivan su deter-*

* {«¡Las piedras hablan!».}

[1] [Los estigmas, definidos por Charcot (1887, pág. 255) como «los síntomas permanentes de la histeria», fueron considerados no

*mismo de ciertas vivencias de eficacia traumática que el enfermo ha tenido, como símbolos mnémicos de las cuales ellos son reproducidos en su vida psíquica.*[2] Uno deberá aplicar el procedimiento de Breuer —u otro en esencia de la misma índole— para reorientar la atención del enfermo desde el síntoma hasta la escena en la cual y por la cual el síntoma se engendró; y, tras la indicación del enfermo, uno elimina ese síntoma estableciendo, a raíz de la reproducción de la escena traumática, una rectificación de efecto retardado {*nachträglich*} del decurso psíquico de entonces.

Hoy es por completo ajeno a mi propósito ocuparme de la difícil técnica de este procedimiento terapéutico o de los esclarecimientos psicológicos con él adquiridos. Sólo me vi precisado a traerlo a consideración en este lugar porque los análisis emprendidos siguiendo a Breuer parecen abrir al mismo tiempo el acceso hacia las causas de la histeria. Si aplicamos este análisis a una gran serie de síntomas en numerosas personas, tomaremos noticia de una correspondiente gran serie de escenas de eficacia traumática. En estas vivencias estuvieron en vigor las causas eficientes de la histeria; tenemos derecho a esperar, entonces, que por el estudio de las escenas traumáticas averiguaremos qué influjos produjeron los síntomas histéricos, y de qué modo lo hicieron.

Esa expectativa se cumple necesariamente, pues las tesis de Breuer han probado ser correctas en el examen de muchísimos casos. Sin embargo, el camino que va de los síntomas de la histeria a la etiología de esta es arduo y pasa por unas conexiones diversas de las que uno se habría imaginado.

Debemos tener en claro que la reconducción de un síntoma histérico a una escena traumática sólo conlleva una ganancia para nuestro entendimiento si esa escena satisface dos condiciones: que posea la pertinente *idoneidad determinadora* y que se deba reconocerle la necesaria *fuerza traumática*. Daré un ejemplo en vez de la explicación verbal. Consideremos el síntoma del vómito histérico; y bien, creemos poder penetrar su causación (salvo cierto resto) si el análisis reconduce el síntoma a una vivencia que *justifica-*

psicógenos por Freud en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 272. También Breuer los hizo objeto de examen (*ibid.*, pág. 254). (Se los menciona, asimismo, en la «Comunicación preliminar» (1893*a*), *ibid.*, pág. 40.) En su carta a Breuer del 29 de junio de 1892, Freud (1941*a*) le decía que su génesis era «bastante oscura» (*AE*, **1**, pág. 184).]

[2] [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, pág. 51, *n.* 13.]

*damente produjo un alto grado de asco* (p. ej., la visión del cadáver corrompido de un ser humano). Pero si en lugar de esto el análisis averigua que el vómito proviene de un terror grande, acaso producido por un accidente ferroviario, uno no podrá menos que preguntarse, insatisfecho, cómo es que el terror ha llevado justamente al vómito. A esa derivación le falta la *idoneidad para el determinismo*. Otro caso de esclarecimiento insuficiente se presentaría si el vómito proviniera de haber probado un fruto que tenía una parte podrida. En efecto, aquí el vómito está determinado por el asco, pero no se comprende cómo el asco en este caso pudo volverse tan intenso que se eternizó como síntoma histérico; esta vivencia carece de *fuerza traumática*.

Consideremos ahora, para un gran número de síntomas y de casos, en qué grado cumplen las dos exigencias mencionadas las escenas traumáticas de la histeria, descubiertas por el análisis. Tropezamos aquí con nuestra primera gran desilusión. Por cierto, algunas veces ocurre que la escena traumática en que el síntoma se engendró reúne las dos cosas, idoneidad determinadora y fuerza traumática, que nos hacen falta para entender el síntoma. Pero con más frecuencia, con una frecuencia incomparablemente mayor, hallamos realizada una de las otras tres posibilidades que tan desfavorables son para nuestro entendimiento: la escena a la cual nos lleva el análisis, y en que el síntoma apareció por primera vez, no resulta idónea para determinar el síntoma, pues su contenido carece de todo nexo con la índole de este; o bien la vivencia supuestamente traumática, aun poseyendo un nexo de contenido, resulta ser una impresión de ordinario inofensiva, que no suele poseer eficacia; o, por último, la «escena traumática» nos desconcierta en ambos sentidos: aparece inofensiva y también carente de nexo con la especificidad del síntoma histérico.

(Hago notar de paso que la concepción de Breuer sobre la génesis de síntomas histéricos no sufre mengua por el hecho de que se descubran escenas traumáticas correspondientes a vivencias en sí insustanciales. Es que él —siguiendo a Charcot— suponía que también una vivencia inofensiva puede llegar a ser un trauma y desplegar fuerza determinadora si afecta a la persona en una particular complexión psíquica, el llamado *estado hipnoide*.[3] No obstante, yo hallo que a menudo falta todo asidero para presuponer tales estados hipnoides. Y lo decisivo es que la doctrina de los estados hipnoides no ayuda en nada para solucionar las

[3] [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, pág. 48.]

otras dificultades, a saber, la tan común falta de idoneidad determinadora en las escenas traumáticas.)

Agreguemos, señores, que esta primera desilusión recibida en la observancia del método de Breuer es sobrepujada enseguida por otra que el médico, en particular, sentirá muy dolorosa. Reconducciones de la índole descrita, que no conforman a nuestro entendimiento con relación al determinismo ni a la eficacia traumática, tampoco brindan ganancia terapéutica alguna; el enfermo conserva intactos sus síntomas, en desafío al primer resultado que nos proporcionó el análisis. Bien comprenderán ustedes cuán grande es entonces la tentación de renunciar a proseguir este trabajo siempre arduo.

Pero quizá sólo haga falta una ocurrencia nueva que nos saque del atolladero y nos conduzca a resultados valiosos. Hela aquí: Sabemos ya, por Breuer, que los síntomas histéricos se solucionan cuando desde ellos podemos hallar el camino hasta el recuerdo de una vivencia traumática. Si ahora el recuerdo descubierto no responde a nuestras expectativas, ¿no será que es preciso seguir un trecho más por el mismo camino? ¿No será que tras la primera escena traumática se esconde una segunda que acaso cumplirá mejor nuestras exigencias y cuya reproducción desplegará mayor efecto terapéutico, de suerte que la escena hallada primero sólo poseería el significado de un eslabón dentro del encadenamiento asociativo? ¿Y no podrá ocurrir que se repita varias veces esta situación, o sea, que se intercalen muchas escenas ineficaces como unas transiciones necesarias en la reproducción, hasta que uno, desde el síntoma histérico, alcance por fin la escena de genuina eficacia traumática, la escena satisfactoria en los dos órdenes, el terapéutico y el analítico? Y bien, señores, esta conjetura es correcta. Toda vez que la escena hallada primero es insatisfactoria, decimos nosotros al enfermo que esta vivencia no explica nada, pero es fuerza que tras ella se esconda una vivencia anterior más sustantiva; y siguiendo la misma técnica, guiamos su atención hacia los hilos asociativos que enlazan ambos recuerdos, el hallado y el por hallar.[4] La continuación del análisis lleva entonces, siempre, a la reproducción de nuevas escenas del carácter esperado. Retomando, por ejemplo, el caso antes escogido de vómito histérico, primero recon-

[4] Deliberadamente dejo sin elucidar en esto el rango de la asociación entre ambos recuerdos (si es por simultaneidad, o de índole causal, o sigue una semejanza de contenido, etc.) y la característica psicológica (conciente o inconciente) que debe atribuirse a cada uno de los «recuerdos».

ducido por el análisis a un terror que un accidente ferroviario produjo, carente de idoneidad determinadora, si prosigo el análisis averiguo que ese accidente ha despertado el recuerdo de otro, ocurrido antes, por cierto no vivenciado por el propio enfermo, pero a raíz del cual se le ofreció la visión de un cadáver, excitadora de horror y de asco. Es como si la acción conjugada de ambas escenas posibilitara el cumplimiento de nuestros postulados, a saber: la primera proporciona la fuerza traumática por el terror, y la otra, por su contenido, el efecto determinador. En cuanto al caso en que el vómito es reconducido a haber probado una manzana que tenía una parte podrida, quizás el análisis lo complete del siguiente modo: La manzana podrida trae el recuerdo de una vivencia anterior en que el enfermo juntaba manzanas caídas en un huerto, y en eso tropezó por azar con el cadáver asqueroso de un animal.

No volveré más sobre estos ejemplos, pues debo confesar que no provienen de caso alguno de mi experiencia; han sido inventados por mí. Y además, muy probablemente fueron mal inventados: es que yo mismo considero imposibles tales resoluciones de síntomas histéricos. Pero la compulsión a fingir unos ejemplos me nace de varios factores, entre los que puedo citar uno ahora mismo. Todos los ejemplos reales son incomparablemente más complicados: una sola comunicación prolija demandaría todo el tiempo de esta conferencia. La cadena asociativa siempre consta de más de dos eslabones; las escenas traumáticas no forman unos nexos simples, como las cuentas de un collar, sino unos nexos ramificados, al modo de un árbol genealógico, pues a raíz de cada nueva vivencia entran en vigor dos o más vivencias tempranas, como recuerdos; en resumen: comunicar la resolución de un solo síntoma en verdad coincide con la tarea de exponer un historial clínico completo.

Pero no omitamos señalar de manera expresa en este punto una tesis que el trabajo analítico a lo largo de estas cadenas de recuerdos ha proporcionado inesperadamente. Hemos averiguado que *ningún síntoma histérico puede surgir de una vivencia real sola, sino que todas las veces el recuerdo de vivencias anteriores, despertado por vía asociativa, coopera en la causación del síntoma.* Si esta tesis —como yo creo— es válida *sin excepción*, nos señala al mismo tiempo el fundamento sobre el cual se ha de edificar una teoría psicológica de la histeria.

Aquellos raros casos en que el análisis reconduce enseguida el síntoma a una escena traumática de buena idoneidad determinadora y fuerza traumática, y al tiempo que así

lo reconduce lo elimina (tal como lo describe Breuer en el historial clínico de Anna O.),[5] constituirían —se dirán ustedes— unas poderosas objeciones contra la validez universal de la tesis que acabo de formular. Y de hecho así lo parece; no obstante, tengo las más fundadas razones para suponer que aun en esos casos está presente un encadenamiento de recuerdos eficaces que se remonta mucho más atrás de la escena traumática, *por más que* únicamente la reproducción de esta última pueda tener por consecuencia la cancelación del síntoma.

Es realmente sorprendente, opino, que unos síntomas histéricos sólo puedan generarse bajo cooperación de unos recuerdos, sobre todo si se considera que estos últimos, según todos los enunciados de los enfermos, no habían entrado en la conciencia en el momento en que el síntoma se presentó por vez primera. Aquí hay tela para muchísimas reflexiones, pero estos problemas no deben inducirnos a apartarnos de nuestro rumbo hacia la etiología de la histeria.[6] Más bien tendríamos que preguntarnos: ¿Adónde llegamos si seguimos las cadenas de recuerdos asociados que el análisis nos descubre? ¿Hasta dónde llegan ellas? ¿Tienen un término natural en alguna parte? ¿Acaso nos llevan hasta unas vivencias de algún modo homogéneas, por su contenido o por el período de la vida, de suerte que en estos factores siempre homogéneos pudiéramos ver la buscada etiología de la histeria?

Ya con la experiencia que tengo hecha puedo responder estas preguntas. Si se parte de un caso que ofrece varios síntomas, por medio del análisis se llega, a partir de cada síntoma, a una serie de vivencias cuyos recuerdos están recíprocamente encadenados en la asociación. Al comienzo, las diversas cadenas de recuerdos presentan, hacia atrás, unas trayectorias distintas, pero, como ya se indicó, están ramificadas; desde una escena se alcanzan al mismo tiempo dos o más recuerdos, y, a su vez, de estos parten cadenas colaterales cuyos distintos eslabones acaso están asociativamente enlazados con eslabones de la cadena principal. Realmente no viene mal aquí la comparación con el árbol genealógico de una familia cuyos miembros, además, se han casado entre sí. Otras complicaciones del encadenamiento se deben

[5] [Cf. «Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos» (1893*b*), *supra*, págs. 31-2.]

[6] [El problema aquí pospuesto es retomado por Freud *infra*, págs. 210 y sigs. Ya lo había rozado en una nota a pie de página de su segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*), *supra*, págs. 167-8, *n.* 12.]

a que una escena singular puede ser evocada varias veces dentro de una misma cadena, de suerte que posea nexos múltiples con una escena posterior, muestre un enlace directo con esta y otro establecido por eslabones intermedios. En resumen, la trama no es en modo alguno simple, y bien se comprende que el descubrimiento de las escenas en una secuencia cronológica invertida (que justifica, precisamente, la comparación con un yacimiento arqueológico estratificado que se exhuma) en nada contribuye a una inteligencia más rápida del proceso.

Nuevas complicaciones aparecen cuando uno prosigue el análisis. Y es que las cadenas asociativas para los diversos síntomas empiezan a entrar luego en recíprocos vínculos; los árboles genealógicos se entretejen. A raíz de cierta vivencia de la cadena mnémica, para el vómito por ejemplo, además de los eslabones retrocedentes de esta cadena fue despertado un recuerdo de otra cadena, que es el fundamento de otro síntoma, por ejemplo un dolor de cabeza. Por eso aquella vivencia pertenece a las dos series, constituyendo así un *punto nodal*;[7] y en todo análisis se descubren varios de estos. Su correlato clínico acaso sea que a partir de cierto momento ambos síntomas aparezcan juntos, de manera simbiótica, en verdad sin una recíproca dependencia interna. Y más hacia atrás se encuentran todavía unos puntos nodales de otra índole. Ahí convergen las cadenas asociativas singulares;[8] se hallan vivencias de las que han partido dos o más síntomas. A un detalle de la escena se anudó una cadena, a otro detalle la segunda cadena.

Ahora bien, he aquí el resultado más importante con que se tropieza a raíz de esa consecuente persecución analítica: No importa el caso o el síntoma del cual uno haya partido, *infaliblemente se termina por llegar al ámbito del vivenciar sexual.* Así se habría descubierto, por vez primera, una condición etiológica de síntomas histéricos.

Yo puedo prever, por experiencias anteriores, que a esta tesis, o a su validez universal, señores, irá dirigida la con-

[7] [Los «puntos nodales» fueron descritos por Freud en su contribución técnica a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 295 y 299. Vale la pena comparar las elucidaciones que allí ofrece sobre las cadenas asociativas (*ibid.*, págs. 293 y sigs.) con estas, mucho más breves. Se menciona un ejemplo de «punto nodal» —la palabra «mojadura»— en el análisis del primer sueño del caso «Dora» (1905*e*), *AE*, **7**, págs. 78-80.]

[8] [El hecho de que regularmente se produzca primero una divergencia y luego una convergencia de las cadenas asociativas es también mencionado por Freud como una característica del análisis de sueños. Cf. «Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños» (1923*c*), *AE*, **19**, pág. 112.]

tradicción de ustedes. Acaso debería decir mejor: su *inclinación* a contradecir, pues ninguno de ustedes dispone todavía de indagaciones que, realizadas con el mismo procedimiento, hubieran arrojado diverso resultado. Sobre el asunto litigioso como tal, sólo señalaré que la singularización del factor sexual dentro de la etiología de la histeria en modo alguno proviene en mi caso de una opinión preconcebida. Los dos investigadores con quienes yo inicié como discípulo mis trabajos sobre la histeria, Charcot y Breuer, estaban lejos de una premisa así; más aún, le tenían una aversión personal de la que yo participaba al comienzo. Sólo las más laboriosas indagaciones de detalle me han llevado —con mucha lentitud— a abrazar la opinión que hoy sustento. Si someten al más riguroso examen mi tesis según la cual también la etiología de la histeria residiría en la vida sexual, ella sale airosa de la prueba, como lo indica el hecho de que en unos dieciocho casos de histeria [9] pude discernir ese nexo para cada síntoma singular y, toda vez que las circunstancias lo permitieron, corroborarlo con el éxito terapéutico. Me objetarán, por cierto, que el decimonoveno y el vigésimo análisis acaso muestren una derivación de síntomas histéricos también desde otras fuentes, y así limitarían la validez de la etiología sexual, que ya no sería universal sino de un ochenta por ciento {*sic*}. Y bien, aguardaremos a que ello ocurra, pero como aquellos dieciocho casos son, al mismo tiempo, todos cuantos pude someter al trabajo del análisis, y como nadie los escogió a mi gusto, comprenderán que yo no comparta aquella expectativa, sino que esté preparado para salir adelante con mi creencia sobre la fuerza probatoria de las experiencias que he obtenido hasta aquí. Y a ello me mueve, además, otro motivo cuya validez es por ahora enteramente subjetiva. En el único intento explicativo para el mecanismo fisiológico y psíquico de la histeria que yo me he podido plasmar como resumen de mis observaciones, la injerencia de unas fuerzas pulsionales sexuales se me ha convertido en una premisa indispensable.

Entonces, se llega finalmente, luego de que las cadenas mnémicas han convergido, al ámbito sexual y a unas pocas vivencias que las más de las veces corresponden a un mismo período de la vida, la pubertad. A partir de estas vivencias uno debe inferir la etiología de la histeria, y com-

[9] [Anteriormente había declarado trece casos; cf. «La herencia y la etiología de las neurosis» (1896*a*), *supra*, pág. 151, y «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *supra*, pág. 164.]

prender por medio de ellas la génesis de síntomas histéricos. Sin embargo, aquí se sufre una nueva y grave desilusión. Las vivencias tan laboriosamente halladas, destiladas de todo el material mnémico, esas vivencias traumáticas que parecen últimas, tienen sin duda en común aquellos dos caracteres —sexualidad y período de la pubertad—, pero en lo demás son *muy heterogéneas y de valor dispar.* En algunos casos, ciertamente, son unas vivencias que es preciso reconocer como traumas graves: un intento de forzamiento que a la muchacha no madura le revela de un golpe toda la brutalidad del placer sexual; haber sido involuntario testigo de actos sexuales entre los progenitores, lo que descubre una fealdad insospechada y, a la vez, lastima el sentimiento infantil así como el moral, etc. En otros casos, tales vivencias son de una asombrosa nimiedad. Una de mis pacientes mostró en la base de su neurosis la vivencia de acariciarle tiernamente la mano un muchacho amigo, y otra vez de apretarle la pierna contra su falda, mientras ambos estaban sentados a la mesa uno al lado del otro, y la expresión de él al hacerlo le dejó colegir que se trataba de algo no permitido. En el caso de otra dama joven, bastó que ella oyese un acertijo en chanza, que dejaba adivinar una respuesta obscena, para provocar el primer ataque de angustia y así inaugurar la enfermedad. Es evidente que tales resultados no son propicios para entender la causación de síntomas histéricos. Si las vivencias tanto son graves como banales, si lo que se deja discernir como los traumas últimos de la histeria tanto son experiencias en el cuerpo propio como impresiones visuales y comunicaciones oídas, acaso nos tiente la interpretación de que las histéricas son unas criaturas de una constitución particular —probablemente a consecuencia de una disposición heredada o de una atrofia degenerativa—, en quienes el horror a la sexualidad, que en las personas normales desempeña cierto papel en la pubertad, se acrecienta hasta lo patológico y se vuelve duradero; serían, en cierta medida, personas que no pueden responder de manera suficiente en lo psíquico a las demandas de la sexualidad. Es cierto que en esa tesis se descuidaría la histeria de los varones, pero aun si no mediaran objeciones gruesas como esta, la solución no parece muy tentadora por sí misma. Con demasiada nitidez se tiene aquí la sensación intelectual de estar frente a algo entendido a medias, algo que permanece todavía oscuro e incompleto.

Por suerte para nuestro esclarecimiento, algunas de las vivencias sexuales de la pubertad muestran luego una insu-

ficiencia apta para incitarnos a proseguir el trabajo analítico. Porque sucede que también estas vivencias pueden carecer de idoneidad determinadora, si bien esto es mucho más raro que en el caso de vivencias traumáticas de períodos posteriores de la vida. Así, en las dos pacientes que antes cité para ejemplificar casos con vivencias de pubertad en sí mismas inocentes, como secuela de esas vivencias se habían instalado unas peculiares, dolorosas sensaciones en los genitales que se consolidaron como síntomas principales de la neurosis, y cuyo determinismo no derivaba ni de las escenas de la pubertad ni de otras posteriores, pero que seguramente no pertenecían a las sensaciones normales de órgano ni a los signos de una irritación sexual. ¿Qué tal si se dijera que uno debe buscar el determinismo de estos síntomas en otras vivencias, que se remonten todavía más atrás, y entonces obedecer aquí por segunda vez a aquella ocurrencia salvadora que antes nos guió desde las primeras escenas traumáticas hasta las cadenas mnémicas que había tras ellas? Es cierto que así se llega a la época de la niñez temprana, la época anterior al desarrollo de la vida sexual, lo que parece entrañar una renuncia a la etiología sexual. Pero, ¿no se tiene derecho a suponer que tampoco en la infancia faltan unas excitaciones sexuales leves, y, más aún, que acaso el posterior desarrollo sexual está influido de la manera más decisiva por vivencias infantiles? Es que unos influjos nocivos que afectan al órgano todavía no evolucionado, a la función en proceso de desarrollo, causan asaz a menudo efectos más serios y duraderos que los que podrían desplegar en la edad madura. ¿Quizás en la base de la reacción anormal frente a impresiones sexuales, con la cual los histéricos nos sorprenden en la época de la pubertad, se hallen de manera universal unas vivencias sexuales de la niñez que tendrían que ser de índole uniforme y sustantiva? Así se ganaría cierta perspectiva de esclarecer como algo adquirido tempranamente lo que hasta ahora era preciso poner en la cuenta de una predisposición que, empero, la herencia no volvía inteligible. Y como unas vivencias infantiles de contenido sexual sólo podrían exteriorizar un efecto psíquico a través de sus *huellas mnémicas*, ¿no sería este un bienvenido complemento a aquel resultado del análisis según el cual un *síntoma histérico sólo puede nacer con la cooperación de recuerdos?* [pág. 197].

## II

Ustedes bien coligen, señores, que yo no habría prolongado tanto mi última ilación de pensamiento de no haber querido prepararlos para enterarse de que es la única que nos lleva a la meta, luego de tantísimas demoras. Y es que realmente estamos al cabo de nuestro largo y dificultoso trabajo analítico, y hallamos aquí realizadas todas las demandas y expectativas hasta aquí formuladas. Si tenemos la perseverancia de llegar con el análisis hasta la niñez temprana, hasta el máximo donde llegue la capacidad de recordar de un ser humano, en todos los casos moveremos a los enfermos a reproducir unas vivencias que por sus particularidades, así como por sus vínculos con los posteriores síntomas patológicos, deberán considerarse la etiología buscada de la neurosis. Estas vivencias *infantiles* son a su vez de contenido *sexual*, pero de índole mucho más uniforme que las escenas de pubertad anteriormente halladas; en ellas ya no se trata del despertar del tema sexual por una impresión sensorial cualquiera, sino de unas experiencias sexuales en el cuerpo propio, de un *comercio sexual* (en sentido lato). Me concederán ustedes que la *sustantividad* de estas escenas no ha menester de ulterior fundamentación; agreguen todavía que en el detalle de ellas todas las veces pueden descubrir los factores *determinadores* que acaso echarían de menos en las otras escenas, ocurridas después y reproducidas antes. [Cf. pág. 193.]

Formulo entonces esta tesis: en la base de todo caso de histeria se encuentran *una o varias vivencias* —reproducibles por el trabajo analítico, no obstante que el intervalo pueda alcanzar decenios— [10] *de experiencia sexual prematura*, y pertenecientes a la tempranísima niñez. Estimo que esta es una revelación importante, el descubrimiento de un *caput Nili* {origen del Nilo} de la neuropatología, pero no sé bien por dónde reanudar para proseguir la elucidación de estas constelaciones. No sé si debo exhibirles a ustedes mi material fáctico obtenido en los análisis, o bien tratar de salir al paso primero de toda la masa de objeciones y dudas que se habrán apoderado de su atención, según tengo derecho a conjeturarlo. Escojo esto último; quizá luego podamos demorarnos con más tranquilidad en los hechos.

*a.* Quien se oponga a toda concepción psicológica de la histeria y prefiera no resignar la esperanza de que algún día

[10] [*Nota agregada* en 1924:] Véase mi acotación en pág. 203.

se conseguirá reconducir sus síntomas a unas «alteraciones anatómicas más finas», y quien haya rechazado la intelección de que las bases materiales de las afecciones histéricas no pueden ser heterogéneas respecto de las que sustentan nuestros procesos anímicos normales; quien tal piense, digo, ya no podrá confiar, desde luego, en los resultados de nuestros análisis. Ahora bien, la diversidad de principio entre sus premisas y las nuestras nos dispensa de la obligación de convencerlo sobre cada punto en particular.

Pero aun quien rechace menos las teorías psicológicas sobre la histeria estará tentado de preguntar, en vista de nuestros resultados analíticos, qué grado de certeza conllevaría la aplicación del psicoanálisis, si no sería muy posible que el médico instilara estas escenas como un presunto recuerdo al enfermo complaciente, o que el enfermo le presentara unas deliberadas invenciones y unas fantasías libres, que aquel aceptaría como genuinas. A esto tengo para replicar que los reparos generales a la confiabilidad del método psicoanalítico sólo se podrán apreciar y descartar cuando se disponga de una exposición completa de su técnica y sus resultados; pero en cuanto a los reparos dirigidos a la autenticidad de las escenas sexuales infantiles, ya hoy se los puede aventar con más de un argumento. En primer lugar, el comportamiento de los enfermos mientras reproducen estas vivencias infantiles es en todos sus aspectos inconciliable con el supuesto de que las escenas serían algo diverso de una realidad que se siente penosa y se recuerda muy a disgusto. Antes de la aplicación del análisis, los enfermos nada saben de estas escenas; suelen indignarse si uno les anuncia el afloramiento de ellas, y sólo en virtud de la más intensa compulsión del tratamiento pueden ser movidos a embarcarse en su reproducción, padecen las más violentas sensaciones, que los avergüenzan y procuran ocultar, mientras evocan a la conciencia estas vivencias infantiles, y aun después que tornaron a recorrerlas de tan convincente modo intentan denegarles creencia, insistiendo en que respecto de ellas no les sobrevino un sentimiento mnémico, como sí les ocurriera respecto de otras partes de lo olvidado.[11]

Y bien, esta última conducta parece ser absolutamente probatoria. ¿Por qué me irían a asegurar los enfermos tan terminantemente su incredulidad si por cualquier motivo

[11] [*Nota agregada* en 1924:] Todo esto es correcto, pero debe considerarse que en aquella época yo todavía no me había librado de la sobrestimación de la realidad y el menosprecio por la fantasía. [Véase la nota agregada en la misma fecha a «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *supra*, pág. 168.]

ellos mismos hubieran inventado las cosas que pretenden desvalorizar?

Menos cómodo para refutar, si bien me parece igualmente insostenible, es que el médico imponga al enfermo unas reminiscencias de esa índole, se las sugiera para su representación y reproducción. Yo nunca he conseguido imponer a un enfermo cierta escena que yo esperaba, de tal suerte que él pareciera revivirla con todas las sensaciones a ella correspondientes; puede que otros tengan más éxito en ello.

Pero existe, además, toda una serie de otras garantías sobre la realidad objetiva de las escenas sexuales infantiles. Primero, su uniformidad en ciertos detalles, resultado forzoso de ser recurrentes y homogéneas las premisas de esas vivencias, y en la otra hipótesis, habría que creer que entre los diversos enfermos hay unos secretos convenios. Segundo, que en ocasiones los enfermos describen como inocentes unos procesos cuyo significado evidentemente no comprenden, pues de lo contrario por fuerza los espantarían; o bien tocan, sin atribuirles valor, detalles que sólo alguien experimentado en la vida conoce y sabe apreciar como unos sutiles rasgos de carácter de lo real-objetivo.

Si tales acaecimientos refuerzan la impresión de que los enfermos tienen que haber vivenciado realmente lo que bajo la compulsión del análisis reproducen como una escena de la infancia, hay otra y más fuerte prueba, que brota del vínculo de las escenas infantiles con el conjunto del historial clínico restante. Así como en los rompecabezas infantiles se establece, tras mucho ensayar, una certeza absoluta sobre la pieza que corresponde a cada uno de los espacios que quedan libres —porque sólo esa pieza completa la imagen, al par que su irregular contorno ajusta perfectamente con los contornos de las otras, pues no resta ningún espacio libre ni se vuelve necesaria superposición ninguna—,[12] también las escenas infantiles prueban ser por su contenido unos irrecusables complementos para la ensambladura asociativa y lógica de la neurosis, y sólo tras su inserción se vuelve el proceso inteligible {*verständlich*} —las más de las veces uno preferiría decir: evidente por sí mismo {*selbsverständlich*}—.

Agrego que en una serie de casos se puede aportar también la prueba terapéutica de la autenticidad de las escenas infantiles, pero no quiero situar esto en el primer plano.

12 [Freud apeló otra vez a esta analogía más de un cuarto de siglo después, cuando los rompecabezas ya habían llegado a ser un pasatiempo de adultos. Cf. «Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños» (1923*c*), *AE*, **19**, pág. 118.]

Hay casos en que se obtiene un éxito terapéutico total o parcial sin que se haya debido descender hasta las vivencias infantiles, y otros en que no se obtiene éxito alguno hasta que el análisis no alcanza su término natural con el descubrimiento de los traumas más tempranos. Yo opino que en el primer caso no se está a salvo de recidivas; mi expectativa es que un psicoanálisis completo ha de significar la curación radical de una histeria.[13] Sin embargo, ¡no anticipemos en este punto las doctrinas a la experiencia!

Habría además una prueba, pero una realmente inatacable, sobre la autenticidad de las vivencias sexuales infantiles, a saber: que las indicaciones de una persona en el análisis fueran corroboradas por la comunicación de otra persona dentro de un tratamiento o fuera de él. Para ello sería preciso que ambas hubieran participado en su infancia de la misma vivencia; por ejemplo, que hubieran mantenido una recíproca relación sexual. Y tales relaciones infantiles, como enseguida lo oirán ustedes, en modo alguno son raras; muy a menudo sucede que ambos copartícipes contraen después una neurosis, a pesar de lo cual creo que fue una gran suerte haber conseguido yo una corroboración objetiva tal en dos casos sobre dieciocho. Una vez fue el hermano varón (que se había mantenido sano) quien, sin que yo lo exhortara a ello, corroboró, cierto que no las más tempranas vivencias sexuales con su hermana enferma, pero al menos escenas de esa índole durante la niñez más tardía de ellos, y el hecho de haber mantenido unas relaciones sexuales que se remontaban más atrás. Y otra vez ocurrió que dos mujeres bajo tratamiento habían mantenido de niñas comercio sexual con la misma persona masculina, a raíz de lo cual se habían producido algunas escenas *à trois*. Cierto síntoma que se derivaba de estas vivencias infantiles había conseguido plasmarse en los dos casos como testimonio de esta comunidad.

*b*. Entonces, en experiencias sexuales de la infancia, consistentes en estimulaciones de los genitales, acciones semejantes al coito, etc., deben reconocerse en último análisis aquellos traumas de los cuales arrancan tanto la reacción histérica frente a unas vivencias de la pubertad como el desarrollo de síntomas histéricos. Seguramente se elevarán, desde dos lados diferentes, dos objeciones opuestas entre sí contra esta tesis. Unos dirán que abusos sexuales de

13 [Es interesante comparar estas opiniones con las menos vehementes que manifestó en uno de sus últimos trabajos, «Análisis terminable e interminable» (1937*c*).]

esa índole, perpetrados contra niños o por niños entre sí, son demasiado raros para que se pudiera abarcar con ellos el condicionamiento de una neurosis tan frecuente como la histeria. Otros aducirán quizá que tales vivencias son, por el contrario, muy frecuentes, demasiado como para atribuirles un significado etiológico a su comprobación; sostendrán también que, a poco que se lo investigue, fácilmente se descubrirán personas que recuerdan escenas de seducción sexual y de abusos sexuales en su niñez, a pesar de lo cual nunca han sido histéricas. Por último se nos dirá, como poderoso argumento, que en los estratos inferiores de la población la histeria no es sin duda más frecuente que en los superiores, no obstante indicar todo que el mandamiento de invulnerabilidad sexual de la niñez se infringe con frecuencia incomparablemente mayor en el caso de los niños proletarios.

Empecemos nuestra defensa por lo más fácil. Paréceme cierto que nuestros niños están expuestos a ataques sexuales mucho más a menudo de lo que uno supondría por los escasos desvelos que ello causa a los padres. En mis primeras averiguaciones acerca de lo que sobre este tema se sabía, me enteré por algunos colegas de la existencia de varias publicaciones de pediatras que se quejan por la frecuencia de prácticas sexuales perpetradas por nodrizas y niñeras aun en lactantes, y en estas últimas semanas ha llegado a mis manos un tocante trabajo del doctor Stekel, de Viena, que se ocupa del «Coito en la infancia».[14] No he tenido tiempo de recopilar otros testimonios bibliográficos, pero aun si estos fueran los únicos, habría derecho a esperar que, incrementada la atención hacia este tema, muy pronto se corroboraría la gran frecuencia de vivencias sexuales y quehacer sexual en la niñez.

Por último, los resultados de mis análisis se bastan para hablar por sí solos. En los dieciocho casos sin excepción (de histeria pura, y de histeria combinada con representaciones obsesivas, seis hombres y doce mujeres), tomé noticia, como ya he consignado, de tales vivencias sexuales de la infancia. Puedo clasificar mis casos en tres grupos, de acuerdo con el origen de la estimulación sexual. En el primer grupo se trata de atentados únicos o al menos de abusos aislados, las más de las veces perpetrados en niñas por adultos extraños a ellas (que en ese acto atinaron a evitar

[14] Stekel, 1895. [La fecha aparece erróneamente como «1896» en las ediciones en alemán. Digamos, de paso, que Stekel sólo llegó a tener conocimiento de la obra de Freud unos cinco años después del presente trabajo. (Cf. Jones, 1955, pág. 8.)]

un daño mecánico grosero); en tales casos no contó para nada la aquiescencia de los niños, y como secuela inmediata de la vivencia prevaleció el terror. Un segundo grupo lo forman aquellos casos, mucho más numerosos, en que una persona adulta cuidadora del niño —niñera, aya, gobernanta, maestro, y por desdicha también, con harta frecuencia, un pariente próximo—[15] introdujo al niño en el comercio sexual y mantuvo con él una relación amorosa formal —plasmada también en el aspecto anímico— a menudo durante años. Finalmente, al tercer grupo pertenecen las relaciones infantiles genuinas, vínculos sexuales entre dos niños de sexo diferente, la mayoría de las veces entre hermanitos, que a menudo continuaron hasta pasada la pubertad y conllevaron las más persistentes consecuencias para la pareja en cuestión. En la mayoría de mis casos se averiguó un efecto combinado de dos o más de estas etiologías; en algunos, la acumulación de vivencias sexuales de diferente origen era directamente asombrosa. Pero ustedes comprenderán con facilidad esta característica de mis observaciones si consideran que todos los casos que debí tratar eran de afección neurótica grave, que amenazaba con incapacitar al individuo para la existencia.

Ahora bien, cuando había una relación entre dos niños, en ciertos casos se consiguió probar que el varón —que por cierto desempeña aquí el papel agresivo— había sido seducido antes por una persona adulta del sexo femenino, y luego, bajo la presión de su libido prematuramente despertada y a consecuencia de la compulsión mnémica, buscó repetir en la niñita justamente las mismas prácticas que había aprendido del adulto, sin emprender él mismo una modificación autónoma en la variedad del quehacer sexual.

Por lo dicho, me inclino a suponer que sin seducción previa los niños no podrían hallar el camino hacia unos actos de agresión sexual. Según eso, el fundamento para la neurosis sería establecido en la infancia siempre por adultos, y los niños mismos se trasferirían entre sí la predisposición a contraer luego una histeria. Les pido que consideremos por un momento la particular frecuencia con que los vínculos sexuales de la infancia se producen justamente entre hermanitos y primos, por la oportunidad que a ello brinda el habitual estar juntos; imaginen ahora que diez o quince años después se hallara enfermos en esa familia a varios individuos de la generación joven, y pregún-

[15] [Véase una nota mía en «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *supra*, pág. 165, *n*. 8.]

tense si esta presencia familiar de la neurosis no es apta para inducirnos a suponer erróneamente una predisposición hereditaria donde sólo hay una *seudoherencia*, y en realidad ha sobrevenido una trasferencia, una infección en la niñez.

Ahora pasemos a la otra objeción, que se basa en la admitida gran difusión de las vivencias sexuales infantiles y en la experiencia de que muchas personas que no se han vuelto histéricas recuerdan escenas de esta índole. Contra esto digamos, en primer término, que la enorme frecuencia de un factor etiológico no podría utilizarse como argumento para desestimar su significado etiológico.[16] ¿Acaso el bacilo de la tuberculosis no es omnipresente y no lo contraen muchos más hombres de los que se muestran enfermos de tuberculosis? ¿E importa menoscabo para su significación etiológica el hecho de que, evidentemente, ha menester de la cooperación de otros factores para producir su efecto específico, la tuberculosis? Para ser apreciado como etiología específica basta que la tuberculosis no sea posible sin su cooperación. Y lo mismo vale para nuestro problema. No interesa que muchos seres humanos vivencien escenas sexuales infantiles sin volverse histéricos, con tal de que todos los que se han vuelto histéricos hayan vivenciado esas escenas. El círculo de ocurrencia de un factor etiológico puede ser mucho más extenso que el de su efecto, pero no puede ser nunca más reducido. No contrajeron viruelas todos los que tocaron o se acercaron a alguien con esa enfermedad, y sin embargo el contagio {*Ubertragung*} por un enfermo de viruelas es casi la única etiología que conocemos para esta.

Es verdad que si un quehacer infantil de la sexualidad fuera de ocurrencia casi universal, su comprobación en todos los casos carecería de todo peso. Pero, en primer lugar, semejante afirmación sería sin duda muy exagerada y, en segundo lugar, los títulos etiológicos de las escenas infantiles no descansan sólo en la constancia de su aparición en la anamnesis de los histéricos, sino, sobre todo, en la comprobación de los lazos asociativos y lógicos entre ellas y los síntomas histéricos, prueba que les resultaría a ustedes evidente como la luz del día si hiciéramos la comunicación completa de un historial clínico.

¿Cuáles serán esos otros factores de que ha menester aún la «etiología específica» de la histeria para producir real-

[16] [La cuestión de la «etiología específica» fue analizada por Freud más ampliamente en su segundo trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*f*), *supra*, págs. 134 y sigs.]

mente la neurosis? Éste, señores, constituye en sí mismo un tema, que no me propongo tratar; por hoy sólo necesito mostrar el punto de contacto donde se articulan ambas partes del tema —etiología específica y auxiliar—. Sin duda entrará en cuenta un número considerable de factores: la constitución heredada y personal, la sustantividad interior de las vivencias sexuales infantiles, sobre todo su frecuencia; una relación breve con un muchacho extraño, luego indiferente, quedará muy a la zaga de unos vínculos sexuales íntimos, mantenidos durante años, con un hermano varón. En la etiología de las neurosis tienen tanto peso las condiciones cuantitativas como las cualitativas; para que la enfermedad devenga manifiesta es preciso que sean rebasados ciertos valores de umbral. Por lo demás, yo mismo no considero exhaustiva la serie etiológica antes consignada, ni ha despejado ella el enigma de saber por qué la histeria no es más frecuente en los estamentos inferiores. (Recuerden, sin embargo, la difusión sorprendentemente grande que, según afirmó Charcot, tiene la histeria masculina entre los obreros.) Empero, puedo recordarles que hace algunos años señalé un factor hasta ahora poco apreciado, para el cual reclamé el papel principal en la provocación de la histeria después de la pubertad. Consigné entonces [17] que el estallido de la histeria se deja reconducir, de manera casi regular, a un *conflicto psíquico*: una representación inconciliable pone en movimiento la *defensa* del yo e invita a la represión. Pero en aquel momento no supe indicar las condiciones bajo las cuales ese afán defensivo tiene el efecto patológico de esforzar de manera efectiva hacia lo inconciente el recuerdo penoso para el yo, y crear en su lugar un síntoma histérico. Hoy lo complemento: *La defensa alcanza ese propósito suyo de esforzar fuera de la conciencia la representación inconciliable cuando en la persona en cuestión, hasta ese momento sana, están presentes unas escenas sexuales infantiles como recuerdos inconcientes, y cuando la representación que se ha de reprimir puede entrar en un nexo lógico o asociativo con una de tales vivencias infantiles.*

Puesto que el afán defensivo del yo depende de toda la formación moral e intelectual de la persona, no estamos ya privados de toda inteligencia para el hecho de que la histeria sea entre el pueblo bajo mucho más rara de lo que su etiología específica consentiría.

Señores, reconsideremos otra vez aquel último grupo de

[17] [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, págs. 49-50.]

objeciones, cuya respuesta nos ha llevado tan lejos. Tenemos sabido y admitido que numerosas personas recuerdan con gran nitidez unas vivencias sexuales infantiles, no obstante lo cual no son histéricas. Esta objeción carece de todo peso, pero a raíz de ella podemos hacer una valiosa puntualización. Y es que, según nuestra inteligencia de las neurosis, personas de este tipo *en modo alguno podrían* ser histéricas; al menos, no como consecuencia de las escenas que concientemente recuerdan. En nuestros enfermos esos recuerdos nunca son concientes; y más aún, los curamos de su histeria mudando en concientes sus recuerdos inconcientes de las escenas infantiles. En cuanto al hecho de haber tenido ellos tales vivencias, no podríamos modificarlo, ni nos hace falta. Lo advierten ustedes: no importa la sola existencia de las vivencias sexuales infantiles; cuenta también una condición psicológica. Estas escenas tienen que estar presentes como *recuerdos inconcientes*; sólo en la medida misma en que son inconcientes pueden producir y sustentar síntomas histéricos. En cuanto a saber de qué depende que estas vivencias arrojen como resultado unos recuerdos concientes o inconcientes, si la condición para ello se sitúa en el contenido de las vivencias, en la época en que sobrevinieron o en influjos posteriores, he ahí un nuevo problema que precavidamente dejaremos de lado. Permítanme indicarles sólo la tesis que el análisis nos ha proporcionado como un primer resultado: *Los síntomas histéricos son retoños de unos recuerdos de eficiencia inconciente.*

*c.* Si sostenemos que unas vivencias sexuales infantiles son la condición básica, la *predisposición*, por así decir, para la histeria; que ellas producen los síntomas histéricos, pero no de una manera inmediata, sino que al principio permanecen ineficientes y sólo cobran eficiencia patógena luego, cuando pasada la pubertad son despertadas como unos recuerdos inconcientes; si tal sostenemos, pues, estamos obligados a dar razón de las numerosas observaciones que comprueban la emergencia de una afección histérica ya en la niñez y antes de la pubertad. Pero también esta dificultad se disipa si consideramos más ceñidamente los datos, obtenidos mediante los análisis, sobre las circunstancias temporales de las vivencias sexuales infantiles. Es que entonces uno averigua que en nuestros casos graves la formación de síntomas histéricos empieza, no de manera excepcional, sino más bien regularmente, con el octavo año, y que las vivencias sexuales, que no exteriorizan ningún efecto inmediato, todas las veces se remontan más

atrás, hasta el tercero o cuarto, o hasta el segundo año de vida. Como en ningún caso la cadena de las vivencias eficientes se interrumpe con el octavo año, yo tengo que suponer que ese período de la vida en que se produce el empuje de crecimiento de la segunda dentición forma para la histeria una frontera, traspuesta la cual su causación se vuelve imposible. Si alguien no tiene unas vivencias sexuales más tempranas, a partir de ese momento ya no puede quedar predispuesto a la histeria; y quien las tenga, puede desarrollar ya unos síntomas histéricos. En cuanto a la aparición de histeria aun más allá de esta frontera de edad (o sea, antes de los ocho años), se puede interpretar como un fenómeno de madurez prematura. La existencia de esa frontera se entrama, muy probablemente, con unos procesos de desarrollo dentro del sistema sexual. A menudo se observa un precoz desarrollo sexual somático, y hasta es concebible que una estimulación sexual prematura pueda promoverlo.[18]

Así obtenemos una indicación de que cierto estado *infantil* de las funciones psíquicas, así como del sistema sexual, es indispensable para que una experiencia sexual sobrevenida en ese período despliegue luego, como recuerdo, un efecto patógeno. Sin embargo, no me atrevo a pronunciarme con más precisión sobre la naturaleza de este infantilismo psíquico y su deslinde temporal.

*d.* A una ulterior objeción acaso podría chocarle que el recuerdo de las vivencias sexuales infantiles hubiera de exteriorizar un efecto patógeno tan grandioso, cuando el vivenciarlas como tal ha permanecido ineficaz. Es que de hecho no estamos habituados a que de una imagen mnémica partan unas fuerzas que faltaron a la impresión real. Echan de ver ustedes aquí, por otra parte, con cuánta consecuencia se cumple en la histeria la tesis de que unos síntomas sólo de recuerdos pueden proceder. Ninguna de las escenas posteriores en que se generan los síntomas es la eficiente, y las vivencias genuinamente eficientes no producen al principio efecto alguno. Ahora bien, aquí estamos frente a un problema que con buen derecho podemos separar de nuestro tema. Es cierto que uno se siente invitado a una síntesis si pasa revista a la serie de llamativas condiciones de las que hemos llegado a tomar noticia, a saber: para formar un síntoma histérico tiene que estar presente

[18] [Véase la larga nota a pie de página en «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *supra*, págs. 167-8, *n*. 12.]

un afán defensivo contra una representación penosa; además, esta tiene que mostrar un enlace lógico o asociativo con un recuerdo inconciente a través de pocos o muchos eslabones, que en ese momento permanecen por igual inconcientes; por otra parte, aquel recuerdo inconciente sólo puede ser de contenido sexual, y su contenido es una vivencia sobrevenida en cierto período infantil; así las cosas, uno no puede dejar de preguntarse: ¿cómo es posible que este recuerdo de una vivencia en su momento inofensiva exteriorice póstumamente {*posthum*} el efecto anormal de guiar un proceso psíquico, como lo es la defensa, hasta un resultado patológico, mientras a todo esto el recuerdo mismo permanece inconciente?

Pues bien, uno no podrá menos que decirse que este es un problema puramente psicológico, cuya solución quizá reclame determinados supuestos sobre los procesos psíquicos normales y sobre el papel que en ellos cumple la conciencia; no obstante, por el momento puede permanecer irresuelto sin desvalorizar nuestra intelección, ya obtenida, sobre la etiología de los fenómenos histéricos.

## III

Señores, el problema cuyo planteo acabo de formular atañe al *mecanismo* de la formación de síntoma histérico. Pero nos vemos constreñidos a exponer la causación de estos síntomas sin considerar este mecanismo, lo cual conlleva inevitable menoscabo para el redondeo y la trasparencia de nuestra elucidación. Volvamos al papel de las escenas sexuales infantiles. Me temía que pudiera haberlos inducido a sobrestimar su fuerza formadora de síntomas. Por eso destaco otra vez que todo caso de histeria muestra unos síntomas cuyo determinismo no proviene de vivencias infantiles, sino de vivencias posteriores, a menudo recientes. Es cierto que otra parte de los síntomas se remonta a las más tempranas vivencias; son, por así decir, de la más vieja alcurnia. Entre ellos se cuentan, sobre todo, las tan numerosas y múltiples sensaciones y parestesias en los genitales y otras partes del cuerpo que simplemente corresponden al contenido de sensación de las escenas infantiles en una reproducción alucinatoria, a menudo también con doloroso refuerzo.

Otra serie de fenómenos histéricos frecuentísimos (el tenesmo vesical, la sensación de defecar, perturbaciones de

la actividad intestinal, atragantamientos y vómitos, indisposiciones de estómago y asco a los alimentos) se pudieron descubrir en mis análisis igualmente —y por cierto con una sorprendente regularidad— como derivados {*Derivat*} de esas mismas vivencias infantiles, y se explicaron sin trabajo a partir de unas propiedades constantes de ellas. En efecto, las escenas sexuales infantiles son enojosas propuestas para el sentimiento de un ser humano sexualmente normal; contienen todos los excesos consabidos entre libertinos e impotentes, en que se llega al empleo sexual abusivo de la cavidad bucal y el recto. El asombro que provocan deja sitio enseguida en el médico a una cabal inteligencia. De personas que no tienen reparos en satisfacer con niños sus necesidades sexuales no se puede esperar que se escandalicen por unos matices en la manera de esa satisfacción, y la impotencia que es propia de la niñez esfuerza infaltablemente a las mismas acciones subrogadoras a que el adulto se degrada en caso de impotencia adquirida. Todas las raras condiciones bajo las cuales la desigual pareja lleva adelante su relación amorosa —el adulto, que no puede sustraerse de participar en la recíproca dependencia que necesariamente surge de un vínculo sexual, pese a lo cual sigue armado de toda su autoridad y su derecho de reprimenda, y para la satisfacción desinhibida de sus caprichos permuta un papel por el otro; el niño, librado en su desvalimiento a esa voluntad arbitraria, despertado prematuramente a toda clase de sensibilidades y expuesto a todos los desengaños, a menudo interrumpido en el ejercicio de las operaciones sexuales a él impuestas por su imperfecto dominio sobre las necesidades naturales—, todas estas desproporciones grotescas, y al mismo tiempo trágicas, se imprimen sobre el futuro desarrollo del individuo y de su neurosis en un sinnúmero de efectos duraderos que merecerían el más exhaustivo estudio. Toda vez que la relación se juega entre dos niños, el carácter de las escenas sexuales sigue siendo empero repelente, pues en todos los casos supone una seducción previa de uno de los niños por un adulto. Las consecuencias psíquicas de tales relaciones infantiles son extraordinariamente profundas; las dos personas permanecen para el resto de su vida enlazadas entre sí por una atadura invisible.

En ocasiones, son circunstancias colaterales de estas escenas sexuales infantiles las que en años posteriores cobran poder determinador sobre los síntomas de la neurosis. Así, en uno de mis casos, la circunstancia de haber sido adiestrado el niño para excitar con su pie los genitales de la mujer adulta fue suficiente para fijar durante años la atención

neurótica sobre las piernas y su función, y producir, en definitiva, una paraplejía histérica. En otro caso, habría permanecido enigmático por qué en sus ataques de angustia, que solían producirse en ciertas horas del día, la enferma no quería dejar que se fuera de su lado una determinada entre sus muchas hermanas, que así la tranquilizaba, si el análisis no hubiera averiguado que el perpetrador de los atentados preguntaba, en cada una de sus visitas de aquella época, si estaba en casa esa hermana, de quien no podía menos que temer ser estorbado.

Suele suceder que la fuerza determinadora de las escenas infantiles se esconde tanto que inevitablemente se la descuidará en un análisis superficial. En ese caso, uno cree haber hallado la explicación de cierto síntoma en el contenido de una de las escenas posteriores, y luego, en la trayectoria del trabajo, choca con el mismo contenido en una de las escenas infantiles, de suerte que en definitiva se ve precisado a decirse que la escena posterior debe su fuerza determinadora de síntomas a su concordancia con las escenas tempranas. No por eso supondré insignificantes las escenas posteriores; si mi tarea fuera elucidar ante ustedes las reglas de la formación de síntomas histéricos, tendría que reconocer como una de esas reglas la siguiente: se escoge como síntoma aquella representación cuyo realce es el efecto conjugado de varios factores, que es evocada simultáneamente desde diversos lados; es lo que en otro lugar he intentado formular mediante esta tesis: *los síntomas histéricos son sobredeterminados.*[19]

Una cosa aún, señores; antes dejé de lado, como un tema especial, la relación entre la etiología reciente y la infantil; no puedo, sin embargo, dar por terminado mi tratamiento de este asunto sin infringir ese designio siquiera con una puntualización. Me concederán que hay sobre todo *un* hecho capaz de desorientarnos en la inteligencia psicológica de los fenómenos histéricos, un hecho que parece advertirnos que no hemos de medir con el mismo rasero los actos psíquicos de histéricos y normales. Y es la desproporción que hallamos en los histéricos entre estímulo psíquicamente excitador y reacción psíquica; procuramos dar razón de ella mediante el supuesto de una irritabilidad anormal general y solemos empeñarnos en explicarla fisiológicamente, como si ciertos órganos cerebrales que sirven a la trasferencia se encontraran en los enfermos en cierto estado químico (como los centros espinales de la rana a la que se

19 [Véase la contribución técnica de Freud a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 270 y 295.]

ha inyectado estricnina) o se hubieran sustraído del influjo de centros inhibidores superiores (como en el experimento con animales bajo vivisección). Ambas concepciones pueden estar por entero justificadas aquí y allí para explicar los fenómenos histéricos; yo no lo pongo en entredicho. Sin embargo, lo principal del fenómeno, la reacción histérica anormal, hipertrófica, admite una explicación diversa, que es sustentada por numerosos ejemplos tomados del análisis. Y esta explicación reza: *La reacción de los histéricos es exagerada sólo en apariencia; tiene que aparecérsenos así porque nosotros sólo tenemos noticia de una pequeña parte de los motivos de los cuales brota.*

En realidad, esta reacción es proporcional al estímulo excitador, vale decir, normal, y psicológicamente entendible. Lo inteligimos tan pronto como el análisis agrega a los motivos manifiestos, concientes para el enfermo, aquellos otros que obraban sin que el enfermo supiera nada de ellos y, por tanto, sin que nos los pudiera comunicar.

Podría pasar horas probando a ustedes esta importante tesis para todo el ámbito de la actividad psíquica de los histéricos, pero debo limitarme aquí a unos pocos ejemplos. Ustedes se acordarán de la «quisquillosidad» anímica, tan frecuente en los histéricos, que, al menor indicio de menosprecio, reaccionan como si se los hubiera afrentado mortalmente. Y bien, ¿qué pensarían si observaran esa extremada susceptibilidad a raíz de ocasiones nimias entre dos personas sanas, por ejemplo unos cónyuges? Sin duda inferirían que la escena conyugal de que han sido testigos no es el mero resultado de la última, ínfima ocasión, sino que durante largo tiempo se ha acumulado un material inflamable que ahora explota en toda su masa en virtud del último choque.

Les pido que trasfieran idéntica ilación de pensamiento a los histéricos. No es la última mortificación, mínima en sí, la que produce el ataque de llanto, el estallido de desesperación, el intento de suicidio, con desprecio por el principio de la proporcionalidad entre el efecto y la causa, sino que esta pequeña mortificación actual ha despertado y otorgado vigencia a los recuerdos de muchas otras mortificaciones, más tempranas e intensas, tras los cuales se esconde todavía el recuerdo de una mortificación grave, nunca restañada, que se recibió en la niñez. O bien: si una joven se hace los más terribles reproches por haber consentido que un muchacho le acariciara en secreto tiernamente la mano, y desde entonces es aquejada por la neurosis, bien pueden ustedes enfrentar ese enigma con el juicio de que ella es una persona hipersensible, de disposición excéntrica,

anormal; pero cambiarán de parecer si el análisis les muestra que aquel contacto trajo a la memoria otro, semejante, ocurrido a muy temprana edad y que era un fragmento de un todo menos inocente, de modo que en verdad los reproches son válidos para aquella ocasión antigua. Y no es otro, en definitiva, el enigma de los puntos histerógenos;[20] si ustedes tocan uno de esos lugares singularizados, hacen algo que no se proponían: despiertan un recuerdo capaz de desencadenar un ataque convulsivo, y como ustedes nada saben de ese eslabón psíquico intermedio, referirán el ataque, como efecto, directamente al contacto de ustedes como causa. Los enfermos se encuentran en esa misma ignorancia y por eso caen en errores semejantes: de continuo establecen «enlaces falsos» [21] entre la ocasión última conciente y el efecto que depende de tantos eslabones intermedios. Pero si al médico se le ha vuelto posible compaginar, para la explicación de una reacción histérica, los motivos concientes y los inconcientes, casi siempre tiene que reconocer esa reacción en apariencia desmedida como una reacción proporcionada, sólo que anormal por su forma.

Ahora objetarán ustedes, y con razón, a este modo de justificar la reacción histérica frente a un estímulo psíquico, que ella no es, empero, normal; preguntarán: ¿por qué los sanos se comportan de otro modo?; ¿por qué en ellos no todas las excitaciones hace tiempo trascurridas vuelven a cooperar con su efecto cuando es actual una excitación nueva? Es que se recibe la impresión de que en los histéricos guardan su virtud eficiente todas las vivencias antiguas frente a las cuales ya a menudo se reaccionó, y se reaccionó tormentosamente; como si estas personas fueran incapaces de tramitar estímulos psíquicos. Y es así, señores; de hecho es preciso suponer verdadero algo de esa índole. No olviden que las vivencias antiguas de los histéricos exteriorizan su efecto en una ocasión actual como *recuerdos inconcientes*. Parece como si la dificultad para la tramitación, la imposibilidad de mudar una impresión actual en un recuerdo despotenciado, dependiera justamente del carácter de lo inconciente psíquico.[22] Como ustedes ven, el resto del problema es también aquí psicología, y una psi-

[20] [La frase empleada por Charcot (p. ej., en 1887, págs. 85 y sigs.) es «zonas histerógenas», pero en la contribución de Freud a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 268, se habla, asimismo, de «puntos histerógenos».]

[21] [Cf. «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*), *supra*, pág. 53.]

[22] [Temprana vislumbre de la concepción posterior de Freud sobre la «atemporalidad» de lo inconciente. Cf. «Lo inconciente» (1915*e*), *AE*, **14**, pág. 184, *n*. 4.]

cología para la cual los filósofos nos han preparado poco.

A esa psicología que debemos crear en todas sus piezas para nuestras necesidades —a la futura *psicología de las neurosis*— me veo precisado a remitirlos si, para concluir, les hago una comunicación de la que ustedes al principio temerán que perturbe nuestra incipiente inteligencia sobre la etiología de la histeria. Debo declarar que el papel etiológico de las vivencias sexuales infantiles no se limita al campo de la histeria, sino que de igual manera rige para la asombrosa neurosis de las representaciones obsesivas, y aun quizá para las formas de la paranoia crónica y otras psicosis funcionales. En este punto mi pronunciamiento es menos terminante, porque el número de mis análisis de neurosis obsesivas aún es mucho menor que el de histerias; en cuanto a la paranoia, sólo dispongo de un único análisis completo y de algunos fragmentarios. Pero lo que ahí hallé me pareció confiable y me ha llenado de expectativas ciertas para otros casos. Quizá recuerden que aun antes de serme consabida la comunidad de la etiología infantil yo abogué por la reunión de histeria y representaciones obsesivas bajo el título de «*neurosis de defensa*».[23] Ahora es preciso agregar —cosa que en verdad no se habría esperado de manera general— que todos mis casos de neurosis obsesiva permitieron discernir un trasfondo de síntomas histéricos,[24] las más de las veces sensaciones y dolores, que se remontaban justamente a las más antiguas vivencias infantiles. Y entonces, ¿cómo se decide que de las escenas infantiles que permanecieron inconcientes haya de surgir luego una histeria o una neurosis obsesiva, o aun una paranoia, cuando se sumen los otros factores patógenos? Es que esta multiplicación de nuestros discernimientos parece menoscabar el valor etiológico de tales escenas, cancelando la especificidad de la relación etiológica.

Yo no estoy todavía en condiciones, señores, de dar una respuesta confiable a este problema. No son suficientes para ello el número de mis casos analizados, ni la diversidad de las condiciones presentes en ellos. Hasta ahora llevo observado que, ante el análisis, las representaciones obsesivas por lo general *se desenmascaran* como unos encubiertos y mudados *reproches a causa de agresiones sexuales en la infancia*; por eso se las encuentra más a menudo en varones que en mujeres, y en los varones las representaciones obsesivas son más frecuentes que la histeria. Yo podría

23 [En «Las neuropsicosis de defensa» (1894*a*).]

24 [Cf. «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*), *supra*, pág. 169.]

inferir de ahí que el carácter de las escenas infantiles, a saber, que se las haya vivenciado con placer o sólo pasivamente, tiene un influjo que comanda la elección de la posterior neurosis. Pero no me gustaría subestimar el influjo de la edad a que sobrevienen esas acciones infantiles, y otros factores. Sólo podrá esclarecernos sobre esto el examen de ulteriores análisis; ahora bien, si se llegan a averiguar los factores que gobiernan la decisión entre las formas posibles de las neuropsicosis de defensa, otra vez será un problema puramente psicológico conocer el mecanismo en virtud del cual se plasma cada forma singular.

He llegado por hoy al término de mis elucidaciones. Preparado como estoy a la contradicción y la incredulidad, me gustaría aducir un último argumento en defensa de mi causa. Comoquiera que tomen ustedes mis resultados, estoy autorizado a pedirles que no los consideren el fruto de una especulación fútil. Descansan en una laboriosa investigación de detalle en los enfermos, que en el caso más favorable me ha demandado cien y más horas de trabajo. Más aún que la apreciación que hagan ustedes de los resultados, me importa la atención que presten al procedimiento de que me he valido, procedimiento novedoso, de difícil manejo y, no obstante, indispensable para fines científicos y terapéuticos. Sin duda inteligen ustedes que no será lícito contradecir los resultados que arroja este método de Breuer modificado si, pasándolo por alto, se recurre a los métodos habituales para el examen clínico. Sería como si se pretendiera refutar los hallazgos de la técnica histológica invocando la indagación macroscópica. Este nuevo método de investigación, en la medida en que nos abre amplio acceso a un elemento nuevo del acontecer psíquico, a saber, los procesos del pensar que han permanecido inconcientes —según la expresión de Breuer: «*insusceptibles de conciencia*»—,[25] nos infunde la esperanza de obtener una nueva y mejor inteligencia de todas las perturbaciones psíquicas funcionales. No puedo creer que la psiquiatría demore mucho en servirse de esta nueva vía de conocimiento.

[25] [Cf. *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, pág. 235.]

# Sumario de los trabajos científicos del docente adscrito Dr. Sigm. Freud, 1877-1897 (1897)

# Nota introductoria

## «Inhaltsangaben der wissenschaftlichen Arbeiten des Privatdozenten Dr. Sigm. Freud, 1877-1897»

*Ediciones en alemán*

1897 Viena: Deuticke, 24 págs.
1940 *Int. Z. Psychoanal.-Imago*, **25**, nº 1, págs. 69-93. (Con el título «Bibliographie und Inhaltsangaben der Arbeiten Freuds bis zu dem Anfängen der Psychoanalyse» {Bibliografía y resúmenes de los escritos de Freud hasta el comienzo del psicoanálisis}.)
1952 *GW*, **1**, págs. 463-88.

*Traducción en castellano* *

1956 «Sinopsis de los trabajos científicos del docente privado Dr. Sigmund Freud (1877-1897)». *SR*, **22**, págs. 457-76. Traducción de Ludovico Rosenthal.

Freud había sido designado «*Privatdozent*» {«docente adscrito»} ** en la Universidad de Viena en 1885. El próximo paso era su nombramiento como «*professor extraordinarius*»,*** pero este sufrió largas posposiciones; pasaron doce años hasta que llegó a sus oídos que dos hombres eminentes, Nothnagel y Krafft-Ebing, lo postularían ante el Consejo de Profesores. Freud informa sobre ello a Fliess en una carta del 8 de febrero de 1897 (Freud, 1950*a*, Carta 58).[1] Como pasos preliminares necesarios, debía elevar un *curriculum vitae* (cf. en *ibid.* la Carta 59, del 6 de abril) y un sumario bibliográfico de sus publicaciones. Ese su-

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n.* 6.}
** {Título más o menos equivalente al de profesor auxiliar.}
*** {Equivalente a profesor adjunto.}
[1] Este episodio ocupa un lugar prominente en uno de los sueños de Freud, relatado en *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **4**, págs. 155 y sigs.

mario es el que aquí presentamos. Fue completado antes del 16 de mayo (*ibid.*, Carta 62) y evidentemente ya estaba impreso el 25 de ese mismo mes (*ibid.*, Carta 63), pues en esa fecha le envió una copia a Fliess, designándolo (con una frase tomada de Leporello) como una «lista de todas las bellezas, etc. . . .». Estos preparativos fueron, empero, inútiles: si bien el Consejo de Profesores recomendó el nombramiento por voto mayoritario, el Ministerio de Instrucción Pública, que debía confirmarlo, demoró su resolución —en gran parte, sin duda, por motivaciones antisemitas—. Trascurrieron otros cinco años antes de que Freud obtuviera ese título, en 1902.

Si se compara la presente nómina con la bibliografía completa que figura en el volumen 24 de esta edición, se comprobará que Freud omitió algunos ítems; en su mayoría se trata de reseñas de artículos y libros, de trabajos de importancia muy secundaria * y de contribuciones sin firma para compilaciones en las que participaron varios colaboradores.** Una sola obra de cierta importancia parece haber sido pasada por alto: la conferencia sobre la cocaína (1885*b*), y es posible que en tal omisión hayan intervenido factores inconcientes (Jones, 1953, pág. 106).

La inclusión de estos resúmenes en la presente edición ofrece una feliz oportunidad para recordar a los lectores que las «obras psicológicas completas»*** de Freud están lejos de ser sus «obras completas», y que en los primeros quince prolíficos años de su carrera estuvo enteramente dedicado a las ciencias físico-naturales. Destaquemos que el propio Freud era propenso a veces a comentar en forma algo despectiva sus trabajos neurológicos (en las notas al pie que siguen citamos algunos de esos comentarios); pero neurólogos más recientes distan de compartir su opinión —véase, al respecto, el artículo del neurólogo suizo R. Brun (1936)—.

Se advertirá que el orden en que Freud dispone en esta lista los sucesivos ítems, aunque cronológico en líneas generales, no lo es exactamente, ya sea que se considere la fecha de redacción o la de publicación.

James Strachey

* {P. ej., 1885*e*, 1895*g*, 1895*h*.}

** {P. ej., 1887*f*, 1888*b*, 1890*a*, 1891*c*, 1891*d*.}

*** {El título completo de la *Standard Edition* es *The Standard Edition of the* Complete Psychological Works *of Sigmund Freud* (Edición canónica de las *obras psicológicas completas* de Sigmund Freud).}

# A. Antes de ser nombrado docente adscrito *

## I

«Observaciones sobre la morfología y estructura fina de los órganos lobulados de la anguila, descritos como testículos» [1877*b*].[1]

Poco antes el doctor Syrski había discernido en un órgano par, lobulado, acanalado, situado en la cavidad abdominal de la anguila, los órganos genésicos de este animal, buscados desde hacía tiempo. A sugerencia del profesor Claus, yo investigué en la estación zoológica de Trieste la aparición y la composición tisular de este órgano lobulado.

## II

«Sobre el origen de las raíces nerviosas posteriores en la médula espinal del amocetes (Petromyzon planeri)»[2] [1877*a*].[3]

* {Para la traducción castellana de estos resúmenes se contó con la colaboración del doctor Natalio Fejerman.}

1 [En este informe, Freud da cuenta de su primer trabajo de investigación científica, realizado en el año 1876, cuando aún era estudiante universitario, durante dos visitas a Trieste. En el curso de sus experiencias disecó alrededor de 400 anguilas. Este informe fue publicado en realidad tres meses después del que le sigue (1877*a*), aunque redactado con anterioridad. El profesor Claus era director del Instituto de Anatomía Comparada de Viena.]

2 [La forma larval de la lamprea de río.]

3 [Primer trabajo publicado de Freud, aunque el estudio sobre las anguilas (1877*b*) fue de redacción anterior. Tanto este trabajo como el siguiente (1878*a*) fueron resultado de una investigación que le sugiriera Brücke, director del Instituto de Fisiología, al cual Freud había sido incorporado en el otoño de 1876. — Unos cuarenta años más tarde, en un intento por encontrar una analogía para los procesos psíquicos de fijación y regresión, Freud resumió estos dos trabajos en la 22ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, **16**, págs. 309-10.]

(Del Instituto de Fisiología de la Universidad de Viena. Con una lámina.)

En la médula espinal del Petromyzon se pudo demostrar que las grandes células nerviosas, descritas por Reissner, de la sustancia gris posterior (células posteriores) daban origen a los haces de las raíces posteriores. — Las raíces espinales anteriores y posteriores del Petromyzon están, en sus orígenes, al menos en la región caudal, desplazadas {descentradas} recíprocamente, y en su trayectoria periférica permanecen separadas entre sí.

## III

«Sobre los ganglios raquídeos y la médula espinal del Petromyzon» [1878*a*].[4]

(Del Instituto de Fisiología de la Universidad de Viena. Con cuatro láminas y dos grabados.)

Desde hace mucho tiempo, las células ganglionares espinales de los peces se consideran *bipolares*, y *unipolares* las de los animales superiores. Sobre estos últimos elementos, Ranvier había demostrado que su prolongación única se divide, tras breve tramo, en forma de T. — Los ganglios espinales del Petromyzon se pueden apreciar íntegramente luego de aplicada una maceración de oro; sus células nerviosas muestran todas las transiciones desde la bipolaridad a la unipolaridad con división de haces en forma de T; el número de fibras de la raíz posterior supera regularmente al número de las células nerviosas en el ganglio; hay entonces fibras «de pasaje» y también fibras «subsidiarias» {*angelehnte*, «apuntaladas»}, las últimas de las cuales meramente se entreveran con los elementos de las raíces. — En el Petromyzon se establece un enlace entre las células

[4] [Este trabajo fue mucho más elaborado y extenso que su antecesor; constaba de 86 páginas (incluidas 18 de bibliografía), en comparación con las 13 de aquel. — En una carta enviada a Freud el 17 de setiembre de 1924, Abraham le informaba haber encontrado un ejemplar de segunda mano de esta publicación. Freud le contestó, el 21 de setiembre del mismo año: «Pensar que yo deba sentirme identificado con el autor del trabajo sobre los ganglios raquídeos del Petromyzon es plantear irrazonables exigencias a la unidad de la personalidad. Y, pese a todo, así debería ser; y creo que ese descubrimiento me hizo más feliz que todos cuantos efectué desde entonces» (Freud, 1965*a*).]

ganglionares espinales y las células posteriores de la médula espinal, ya descritas [por Reissner; véase *supra*, el trabajo II], mediante elementos celulares expuestos en la superficie de la médula espinal entre la raíz posterior y el ganglio. Estas células dispersas marcan el camino que las células ganglionares espinales han recorrido en su historia evolutiva. — A partir de la médula espinal del Petromyzon se describen, además, unas divisiones de fibras en el trayecto central de las fibras posteriores de las raíces, y una ramificación bifurcada de fibras de la comisura anterior, interpolación de células nerviosas en los tramos espinales de las raíces anteriores, y una finísima red nerviosa de la piamadre, que se colorea mediante cloruro de oro.

## IV

«Noticia sobre un método para preparaciones anatómicas del sistema nervioso» [1879*a*].

Modificación de un método recomendado por Reichert. — Una mezcla de 1 parte de ácido nítrico concentrado, 3 partes de agua y 1 parte de glicerina concentrada, al destruir los tejidos conectivos, permite remover con facilidad huesos y músculos, y es apropiada para dejar al descubierto el sistema nervioso central con sus ramificaciones periféricas, en particular en mamíferos pequeños.

## V

«Sobre la estructura de las fibras y de las células nerviosas en el cangrejo de río» [1882*a*].

Los haces nerviosos del cangrejo de río muestran, investigados en vivo, una estructura enteramente fibrilar. Las células nerviosas, cuya supervivencia se discierne en los corpúsculos del núcleo, parecen compuestas de dos sustancias; una de ellas, ordenada en forma de red, se prolonga en las fibrilas de los haces nerviosos, y la otra, homogénea, se continúa en la sustancia intermedia.

## VI

«La estructura de los elementos del sistema nervioso» [1884*f*].[5]

(Conferencia pronunciada en la Asociación Psiquiátrica, 1882.)

El mismo contenido de V.

## VII

«Un nuevo método para el estudio de los tractos nerviosos en el sistema nervioso central» [1884*d*].[6]

Si secciones finas del órgano central, endurecidas en cromato, se tratan con cloruro de oro, una solución fuerte de soda y una solución al 10 % de yoduro de potasio, se obtiene una coloración que va del rojo al azul y afecta las vainas medulares o sólo los cilindro-ejes. El método no es más confiable que otros métodos de coloración por oro.

5 [Existen dudas en cuanto a la fecha en que se pronunció la conferencia, si bien parece muy probable que lo haya sido en la ocasión relatada con sumo detalle por Freud a su novia en una carta escrita ese mismo día, el 14 de febrero de 1884 (Freud, 1960*a*). En tal caso, el año 1882 aquí indicado sería un error de imprenta o un desliz. No obstante, en esa carta Freud afirma que la conferencia se basó en uno de sus trabajos anteriores, que bien puede ser el V, efectivamente escrito en 1882. Aunque Freud es tan escueto en la descripción de su contenido, según Ernest Jones la conferencia tuvo gran importancia. En ella, Freud sintetizó sus investigaciones sobre la estructura del sistema nervioso (de las cuales había informado en I, II, III y V) y allanó el camino hacia la teoría de la neurona, que sería formulada por Waldeyer en 1891. Para todo esto, véase el primer volumen de la biografía de Jones (1953, págs. 53-6).]

6 [Una descripción mucho más sucinta de este método (no incluida en la presente lista), que Freud terminó de escribir el 6 de febrero de 1884, fue publicada con el mismo título en *Zentralblatt für die medizinischen Wissenschaften* (1884*b*). Al día siguiente, Freud concluyó la traducción al inglés de ese informe resumido (1884*c*), con ayuda de un estadounidense, Bernard Sachs, quien más tarde adquiriría celebridad como neurólogo en Nueva York. Fue ese el primer trabajo de Freud que apareció en lengua inglesa. El informe extenso fue preparado después y no se publicó hasta abril.]

## VII*a*

«Un nuevo método histológico para el estudio de los tractos nerviosos en el cerebro y la médula espinal» [1884*c*].[7]

El mismo contenido que VII.

## VIII

«Hemorragia cerebral con síntomas basales focales indirectos en un paciente con escorbuto» [1884*a*].[8]

Comunicación de un caso de hemorragia cerebral en un enfermo de escorbuto que siguió un curso rápido bajo observación continuada, y explicación de sus síntomas por referencia a la doctrina de Wernicke sobre el efecto indirecto de las lesiones focales.

## IX

«Sobre la coca» [1884*e*].[9]

El alcaloide de la planta de coca, descrito por Niemann [en 1860], despertó en su momento poco interés para fines médicos. Mi trabajo aportó noticias botánicas e históricas sobre la planta de coca siguiendo las indicaciones de

[7] [Escrito en inglés. Véase la nota anterior.]

[8] [El 17 de enero de 1884 se hospitalizó a un aprendiz de zapatero de dieciséis años de edad, el cual murió al día siguiente, siendo confirmado por la autopsia, en todos y cada uno de sus detalles, el diagnóstico que había hecho Freud. La redacción del informe finalizó el 28 de enero. De ese mismo año son dos estudios clínicos publicados luego (XII y XIII). A la sazón, Freud se desempeñaba, bajo la dirección de Franz Scholz, en el departamento de enfermedades nerviosas del Hospital General de Viena. Sin duda, la redacción de estos casos apuntaba en gran medida a su nombramiento como docente adscrito, que se produjo en setiembre de 1885, poco antes de viajar a París.]

[9] [Terminada el 18 de junio de 1884, esta monografía se publicó al mes siguiente. Una traducción al inglés abreviada apareció en diciembre en el *St. Louis Medical and Surgical Journal* (**47**, pág. 502). En enero de 1885, Freud dio a conocer un ensayo (1885*a*) sobre los efectos de la cocaína en la fuerza muscular. A mediados de febrero, la monografía original, con agregados, fue reimpresa en

la bibliografía, corroboró mediante experimentos en hombres normales el asombroso efecto estimulante, neutralizador del hambre, la sed y el sueño, de la cocaína, y se empeñó en formular indicaciones para su aplicación terapéutica.

Entre estas indicaciones, la referencia a la posibilidad de usar la cocaína para el retiro de la morfina adquirió luego significación. La expectativa formulada en la conclusión de mi trabajo, de que se lograrían ulteriores aplicaciones a partir de la propiedad anestésica local de la cocaína, se cumplió poco después con el experimento de K. Koller para la anestesia de la córnea.

## X

«Contribución al conocimiento de los efectos de la coca» [1885*a*].[10]

Demostración dinamométrica del acrecentamiento de la fuerza motora durante la euforia provocada por la cocaína. La fuerza motora (medida por la fuerza de presión de la mano) presenta una discernible oscilación diaria regular (semejante a la de la temperatura corporal).

## XI

«Noticia sobre el tracto interolivar» [1885*d*].[11]

Breves indicaciones sobre la trayectoria de las raíces del

forma de folleto. Vino luego la conferencia «Sobre los efectos generales de la cocaína» (1885*b*), pronunciada el 5 de marzo en la Psychiatrischer Verein {Sociedad de Psiquiatría} y publicada el 7 de agosto. En la presente lista no se incluyó esa publicación, ni tampoco el «Informe sobre la cocaína de Parke» (1885*e*), que apareció en junio, y en el cual Freud comparaba una preparación norteamericana con la alemana de Merck que había estado empleando hasta la fecha. Poco después de esto, en el mes de julio, comenzaron a circular críticas acerca de la actitud favorable que Freud manifestaba hacia la droga; entre ellas, en especial, las de Erlenmeyer (1885, 1886 y 1887). Por último, en julio de 1887, Freud dio a publicidad una réplica a esas críticas (1887*d*). Ernest Jones hace amplias consideraciones sobre el interés de Freud por la cocaína en el capítulo VI del primer volumen de su biografía (Jones, 1953).]

10 [Véase la nota anterior. Los experimentos sobre los que aquí se informa fueron iniciados por Freud en noviembre de 1884.]

11 [Completado el 17 de mayo de 1885, fue este el primero de

nervio acústico y la conexión del tracto interolivar con el cuerpo trapezoide cruzado, basadas en preparados humanos incompletamente mielinizados.

## XII

«Un caso de atrofia muscular con perturbaciones extensas de la sensibilidad (siringomielia)» [1885*c*].[12]

La combinación de atrofia muscular bilateral, de una perturbación bilateral de la sensibilidad en forma de parálisis «parcial» disociada de la sensibilidad, y de perturbaciones tróficas en la mano izquierda (que exhibía también la más intensa anestesia), en conexión con la limitación de los síntomas patológicos a la parte superior del cuerpo, permitió, en un hombre de 36 años, formular en vivo el diagnóstico de siringomielia, afección que por entonces se consideraba rara y de difícil reconocimiento.

tres trabajos sobre el bulbo raquídeo (los otros dos son el XIV y el XV). El manuscrito está fechado en «Viena, a mediados de mayo de 1885». Freud hace un comentario acerca de su temprano interés por la *medulla oblongata* en su *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 10. En la 25ª de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), al referirse a los esclarecimientos que en torno del problema de la angustia produjo la medicina académica, había escrito: «Esta parece interesarse sobre todo por los caminos anatómicos a través de los cuales se produce el estado de angustia. Se nos dice que la *medulla oblongata* es estimulada, y el enfermo se entera de que padece de una neurosis del *nervus vagus*. La *medulla oblongata* es un objeto muy serio y muy lindo. Recuerdo bien todo el tiempo y el esfuerzo que hace años consagré a su estudio. Pero hoy no podría indicar algo más indiferente para la comprensión psicológica de la angustia que el conocimiento de las vías nerviosas por las que transitan sus excitaciones» (*AE*, **16**, pág. 358).]

12 [El paciente era un hilandero al que Freud tuvo bajo observación y tratamiento hospitalario durante seis semanas, a partir del 10 de noviembre de 1884, siendo luego dado de alta. (Cf. también *supra*, pág. 227, *n*. 8.)]

# B. Después de ser nombrado docente adscrito

## XIII

«Neuritis múltiple aguda de los nervios espinales y craneanos» [*1886a*].[1]

Un hombre de dieciocho años enferma sin fiebre con manifestaciones generales y dolores en el pecho y las piernas. Al comienzo muestra los síntomas de una endocarditis, pero luego los dolores se acrecientan, aparece una sensibilidad a la presión en la columna vertebral, y también una sensibilidad regional a la presión en la piel, los músculos y troncos nerviosos al paso que la afección va tomando más y más zonas en las extremidades. Activación de los reflejos, oleadas de sudor, adelgazamiento local; por último, diplopía, perturbación de la deglución, paresia facial, afonía. Al final, fiebre, extrema aceleración del pulso, afección pulmonar. El diagnóstico de neuritis múltiple aguda formulado durante el curso de la enfermedad fue confirmado por la autopsia, que halló todos los nervios espinales inyectados en sus vainas, de color rojo grisáceo y como arracimados. Alteraciones semejantes en los nervios cerebrales. Endocarditis. — Según el informe del patólogo [Kundrat],[2] es la primera autopsia en que se comprobó polineuritis en esta ciudad.

## XIV

«Sobre la relación del cuerpo restiforme con la columna

[1] [Freud tuvo en observación a este paciente, un panadero, desde el 3 de octubre de 1884 hasta su muerte, acaecida el 17 de diciembre; su diagnóstico fue correcto. Aludió a él en la *Presentación autobiográfica* (1925*d*), *AE*, **20**, pág. 11.]

[2] [Hans Kundrat (1845-1893), profesor de anatomía patológica en Viena.]

posterior y su núcleo, con algunas puntualizaciones sobre dos campos del bulbo raquídeo» [1886*b*].[3]

(En colaboración con el doctor L. Darkschewitsch, de Moscú.)

Por medio del estudio de preparados de bulbo incompletamente mielinizado, el cuerpo restiforme se puede descomponer en dos elementos: un «núcleo» (cuerpo restiforme primario) y una «orla» (cuerpo restiforme secundario). Este último contiene las fibras olivares que luego devienen mielinizadas. El cuerpo restiforme primario, que es mielinizado antes, está dividido en una «porción cefálica» y una «porción caudal». La cabeza del cuerpo restiforme primario parte del núcleo de la columna de Burdach y de este modo constituye una continuación (en su mayor parte no cruzada) hasta el cerebelo de la vía centrípeta desde las extremidades. La continuación correspondiente hasta el cerebro se produce por medio de las fibras arcuatas que se originan en ese mismo núcleo. La porción caudal del cuerpo restiforme primario es una continuación directa del cordón espinocerebeloso lateral. — El campo exterior del bulbo admite una concepción unitaria de sus elementos. Contiene cuatro sustancias grises con los sistemas de fibras que de ellos parten, las que deben considerarse homólogas como masas donde se originan los nervios sensitivos de las extremidades, el trigémino, el vago y el acústico.

## XV

«Sobre el origen del nervio acústico» [1886*c*].[4]

Una descripción del origen del nervio acústico, basada en preparados del feto humano, ilustrada mediante cuatro dibujos de cortes trasversales y un diagrama.

El nervio auditivo se descompone en tres porciones, de las cuales la más baja (la espinal) termina en el ganglio

3 [Segundo de los tres trabajos histológicos antes mencionados (cf. pág. 228, *n.* 11). El manuscrito está fechado en «París, 23 de enero de 1886». El colaborador de Freud era un neurólogo ruso a quien conoció dos años antes en Viena y con el que volvió a encontrarse en París. Se ha dicho que en realidad sólo participó en el trazado de los dibujos que acompañaban el texto de Freud. Más adelante llegó a ser muy conocido en Rusia.]

4 [Tercero de la serie de trabajos mencionados *supra*, pág. 228, *n.* 11.]

acústico y encuentra sus continuaciones a través del cuerpo trapezoide y las vías de la oliva superior; la segunda se puede perseguir como la raíz auditiva «ascendente» de Roller hasta dentro del llamado núcleo de Deiter; y la tercera desemboca dentro del campo auditivo interno del bulbo raquídeo, desde donde se desarrollan continuaciones hasta el cerebelo. Se proporcionan indicaciones detalladas sobre el ulterior trayecto de estas vías, hasta donde se las pudo perseguir.

## XVI

«Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico» [1886*d*].[5]

(El órgano de la visión fue examinado por el doctor Königstein.)

Historial clínico de un cincelador de 29 años, con antecedentes hereditarios, quien, habiendo caído enfermo tras una querella con su hermano, manifestó el síntoma de la hemianestesia sensitiva y sensorial en su plasmación clásica. — La perturbación del campo visual y del sentido de los colores es descrita por el doctor Königstein.

## XVII

«Puntualizaciones sobre cocainomanía y cocainofobia» [1887*d*].[6]

(A propósito de una conferencia de W. A. Hammond.)

5 [El 15 de octubre de 1886, no mucho después de su regreso de París, Freud leyó ante la Gesellschaft der Aerzte {Sociedad de los Médicos} un trabajo sobre la histeria en los hombres, del cual no ha sobrevivido el texto completo. Fue acogido con algo de burla, y se lo desafió a que presentara en Viena un caso real de histeria masculina. El resultado fue la presente conferencia; Freud expuso el caso ante esa Sociedad el 26 de noviembre de 1886 junto con el cirujano oftalmólogo Königstein, amigo suyo. Tenemos aquí el primer indicio, en una publicación, del cambio sobrevenido en el campo de intereses de Freud desde su contacto con Charcot.

Señalemos que el trabajo llevaba como título «Contribuciones al estudio clínico de la histeria, nº 1», pero la serie así planeada no se prosiguió.]

6 [Ultimo trabajo de Freud sobre el tema de la cocaína; cf. *supra*, pág. 227, *n.* 9.]

El empleo de la cocaína para aliviar la abstinencia de morfina había traído por consecuencia el abuso de aquella, y los médicos tuvieron oportunidad de observar el novedoso cuadro clínico del cocainismo crónico. Mi ensayo intenta demostrar, apoyado en la opinión de un neuropatólogo norteamericano, que tal adicción a la cocaína sólo sobreviene en adictos a otras drogas (como la morfina) y no puede ser imputada a la cocaína misma.

## XVIII

«Sobre hemianopsia en la niñez temprana» [1888*a*].[7]

Una observación de perturbación en una mitad del campo visual en dos niños de 26 meses y de 3 ¼ años, edad a la cual ese síntoma no había sido registrado previamente en la bibliografía. Discusión sobre la inclinación lateral de la cabeza y de los ojos, que era observable en uno de esos casos, y sobre la localización de la lesión sospechada. Cabe clasificar a ambos casos entre las «parálisis cerebrales unilaterales de los niños».

## XIX

*La concepción de las afasias* (estudio crítico) [1891*b*].[8]

Luego que el descubrimiento y la fijación tópica de una afasia motriz y una afasia sensoria (Broca y Wernicke) hubieron sentado bases firmes para el entendimiento de la

[7] [Primer estudio de una serie sobre las parálisis cerebrales infantiles que habría de incluir tres obras de considerable tamaño. (Cf. XX, XXV, XXVI, XXVII y XXXVIII.) A partir de 1886, luego de su regreso de París, Freud estuvo vinculado varios años a un departamento de neurología recién inaugurado en el Instituto de Enfermedades Infantiles, fundado poco tiempo atrás por Max Kassowitz (1842-1913). Estas obras fueron el fruto de su labor en ese establecimiento.]

[8] [Suele considerarse este libro como la más importante contribución de Freud a la neurología. (En 1953 apareció la traducción al inglés, realizada por el profesor E. Stengel.) Freud había dado conferencias sobre la afasia algunos años atrás (en 1886 y 1887), y colaborado con un artículo sobre el tema (1888*b*) en la enciclopedia de medicina de Villaret.]

perturbación cerebral del lenguaje, los autores se empeñaron en reconducir también la sintomatología más fina de la afasia a factores de localización. Así llegaron a formular una afasia de *conducción*, de formas subcorticales y trascorticales, así motrices como sensorias. Contra esta concepción de las perturbaciones del lenguaje se vuelve mi estudio crítico, e intenta aducir con miras explicativas no unos factores tópicos, sino unos funcionales. Las formas designadas como subcortical y trascortical no se explican por una localización particular de la lesión, sino por unos estados de aminorada capacidad de conducción en los aparatos del lenguaje. En realidad, no existen afasias por lesión subcortical. También se pone en tela de juicio la licitud de distinguir entre una afasia central y una de conducción. El ámbito cortical del lenguaje se presenta más bien como un distrito continuo {*zusammenhängend*; «coherente»} de esta, interpolado entre los campos motores y los del nervio óptico y auditivo, región dentro de la cual se producen todas las trasferencias y enlaces que sirven a la función del lenguaje. Los llamados centros del lenguaje, descubiertos por la patología del cerebro, corresponden meramente a las esquinas de este campo del lenguaje; no poseen una preeminencia funcional sobre las regiones internas: son sólo sus nexos posicionales con los centros corticales contiguos los que traen por consecuencia que su afección se haga notar con unos indicios más nítidos.

La naturaleza del tema aquí tratado requería en muchos puntos un estudio más ceñido del deslinde entre los abordajes fisiológico y psicológico. Las opiniones de Meynert-Wernicke sobre la localización de representaciones en elementos nerviosos debían rechazarse, y someterse a revisión la exposición que hizo Meynert de una imagen reflejada del cuerpo en la corteza cerebral. Sobre la base de dos hechos de la anatomía del encéfalo, a saber: 1) que las masas de fibras que entran en la médula espinal se van reduciendo constantemente a medida que ascienden debido a la interposición de sustancia gris, y 2) que no existen vías directas desde la periferia del cuerpo hacia la corteza cerebral, puede inferirse que una imagen reflejada genuina y completa del cuerpo existe sólo en la sustancia gris de la médula (proyección), mientras que en la corteza cerebral la periferia del cuerpo sólo está *subrogada* con un perfil menos detallado por unas fibras seleccionadas y agrupadas según la función.

XX

«Estudio clínico sobre la hemiplejía cerebral en los niños» [1891*a*].[9]

(En colaboración con el doctor O. Rie.)

(Nº III de *Beiträge zur Kinderheilkunde* {Contribuciones a la pediatría}, editadas por el doctor M. Kassowitz.)

Monografía donde se expone esta afección, basada en estudios sobre material del Primer Instituto Público de Enfermedades Infantiles, de Viena, dirigido por Kassowitz. Trata, en diez secciones: 1) historia y bibliografía de la parálisis cerebral infantil; 2) treinta y cinco observaciones propias, resumidas en unas tablas y caracterizadas en forma individual; 3) análisis de los diversos síntomas del cuadro clínico; 4) la anatomía patológica; 5) los nexos de la parálisis cerebral con la epilepsia, y con 6) la poliomielitis infantil; 7) diagnóstico diferencial, y 8) terapia. Es original de los autores la descripción de una «paresia coreica» que se singulariza por caracteres particulares de comienzo y evolución, y en ella la parálisis unilateral se manifiesta desde el comienzo por una hemicorea. Además, se informa sobre los hallazgos de una autopsia (esclerosis lobar como resultado de una embolia de la arteria cerebral media), realizada en París sobre una paciente descrita en la *Iconographie de la Salpêtrière* [3, págs. 22-30].[10] Se ponen de relieve los íntimos vínculos entre epilepsia y parálisis cerebral infantil, a consecuencia de los cuales muchos casos de aparente epilepsia pueden reclamar el título de «parálisis cerebral infantil sin parálisis». En el muy discutido problema de la existencia de una poliencefalitis aguda, que formaría la base anatómica de la hemiplejía cerebral y presentaría una analogía plena con la poliomielitis infantil, los autores se pronuncian contra esta postulación de Strümpell; pero retienen la expectativa de que una concepción modificada de la poliomielitis aguda infantil permitiría su equiparación a la parálisis cerebral sobre otra base. En la sección terapéutica se compilan los informes hasta ahora publicados sobre las operaciones de cirugía del cerebro destinadas a curar una epilepsia genuina o traumática.

9 [Es este un volumen de más de doscientas páginas. Oscar Rie, colaborador y amigo de Freud, era un pediatra también vinculado al instituto de Kassowitz (cf. *supra*, pág. 233, *n.* 7).]

10 [Este caso le había sido confiado a Freud por Charcot; la paciente estuvo internada en la Salpêtrière desde 1853. Cf. «Charcot» (Freud, 1893*f*), *supra*, pág. 15, *n.* 5.]

## XXI

«Un caso de curación por hipnosis y algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la "voluntad contraria"» [1892-93].[11]

Luego de su primer parto, una señora joven se vio constreñida por un complejo de síntomas histéricos (falta de apetito, insomnio, dolores en los pechos, ausencia de secreción de leche, irritación) a renunciar a amamantar a su hijo. Cuando después de un segundo alumbramiento volvieron a sobrevenirle estos impedimentos, se consiguió cancelarlos mediante una hipnotización profunda con contrasugestiones realizada dos veces, de suerte que la parturienta se convirtió en una excelente nodriza para su hijo. El mismo éxito se obtuvo un año después con igual ocasión, tras dos nuevas hipnosis. A raíz de esto se formulan unas puntualizaciones sobre la realización,[12] posible en los histéricos, de representaciones penosas angustiadas o contrastantes que la persona normal sabría inhibir, y se reconducen varias observaciones de tic a este mecanismo de la «voluntad contraria».

## XXII

«Charcot» [1893*f*].[13]

Artículo necrológico en recordación del maestro de la neuropatología, muerto en 1893, entre cuyos discípulos se cuenta el autor.

[11] [Este trabajo —que se incluye en el volumen 1 de la *Standard Edition*— puede considerarse como la primera publicación de Freud sobre psicopatología, ya que su primera mitad apareció antes que la «Comunicación preliminar» (1893*a*). El interés de Freud por el hipnotismo se remontaba, desde luego, al viaje que hizo a París; empezó a aplicarlo a partir de 1887.]

[12] [«*Realisierung*»; en el trabajo mismo, el término empleado es «*Objektivierung*» {«objetivación»}.]

[13] [Cf. *supra*, págs. 13 y sigs.]

## XXIII

«Sobre un frecuente síntoma concomitante de la *enuresis nocturna* en el niño» [1893*g*].[14]

Aproximadamente en la mitad de los casos de niños aquejados de enuresis se comprueba una hipertonía de las extremidades inferiores, no esclarecida en su significado ni en sus nexos.

## XXIV

«Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos» [1893*a*].[15]
(Comunicación preliminar en colaboración con el doctor J. Breuer.)

El mecanismo al cual Charcot recondujo las parálisis histero-traumáticas, cuyo supuesto le permitió luego producirlas deliberadamente en histéricos hipnotizados, tiene vigencia también para numerosos síntomas de la histeria llamada no traumática. Si uno hipnotiza al histérico y orienta sus pensamientos hacia la época en la cual apareció por primera vez el síntoma en cuestión, le despierta el vívido recuerdo alucinatorio de un trauma psíquico —o de una serie de traumas— de esa época, como cuyo símbolo mnémico ha persistido aquel síntoma. Los histéricos padecen entonces por la mayor parte de reminiscencias. En virtud de la reproducción vívida de la escena traumática así hallada, bajo un desarrollo de afectos, desaparece también el síntoma tenazmente retenido hasta ese momento, de suerte que uno se ve forzado a suponer que aquel recuerdo olvidado obró como un cuerpo psíquico extraño, con cuya remoción cesan ahora los fenómenos de estimulación. Sobre esta experiencia, que Breuer fue el primero en hacer, en 1881, se puede fundar una terapia de los fenómenos histéricos que merece el nombre de «catártica».

[14] [No hay indicios en este artículo de ningún posible determinante psicológico del trastorno. Al enviar una copia a Fliess, el 17 de noviembre de 1893, Freud se refirió a él despectivamente como «*ein Schmarren*» {«una bagatela»} (Freud, 1950*a*, Carta 15).]

[15] [Incluido en *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 27-43. Véase también la conferencia sobre el mismo tema (1893*h*), *supra*, págs. 29 y sigs.]

Los recuerdos que se comprueban «patógenos», como raíces de los síntomas histéricos, por regla general han sido «inconcientes» para el enfermo. Parece que en virtud de ese su permanecer inconcientes se han sustraído del desgaste que de ordinario sufre el contenido psíquico. Este desgaste acontece por el camino de la «abreacción». Los recuerdos patógenos escapan de ser tramitados por la abreacción, sea porque las vivencias respectivas sobrevienen en unos particulares estados psíquicos a que los histéricos por sí mismos están inclinados, o porque están acompañados por un afecto que produce en el histérico un estado psíquico particular. La inclinación a la «escisión de conciencia» se postula así como el fenómeno psíquico básico de una histeria.

## XXV

Relato sobre las diplejías cerebrales de la infancia (en conexión con la enfermedad de Little) [1893*b*].[16]

(Nº III, Nueva Serie, de *Beiträge zur Kinderheilkunde*, editadas por el doctor M. Kassowitz.)

Complemento de «Estudio clínico sobre la hemiplejía cerebral en los niños», que se ha reseñado *supra*, XX. En orden semejante al allí empleado, se tratan historiales, anatomía patológica y fisiología de la afección, elucidándose los cuadros clínicos pertinentes mediante 53 observaciones propias. Pero además fue preciso considerar la variedad de formas que deben describirse como «diplejías cerebrales», y señalar su similitud clínica. Frente a la diversidad de opiniones imperante en la bibliografía sobre estas afecciones,

[16] [Esta monografía es comparable por sus dimensiones a su *pendant*, el trabajo XX. Freud envió una copia a Fliess el 30 de mayo de 1893, comentándole que «no es muy interesante» (Freud, 1950*a*, Carta 12). En otra carta, del 21 de mayo de 1894, en la que se ocupa de las psiconeurosis, le dice: «La disparidad entre la valoración que uno hace de su propia labor intelectual y la que otras personas hacen de ella tiene algo de cómico. Ahí tienes ese libro sobre las diplejías, que yo compuse con mínimo interés y empeño... casi por diversión. Ha sido un éxito resonante. Los críticos le dedican los mayores elogios, y las reseñas francesas, en particular, desbordan de alabanzas. [...] Pero en cuanto a cosas de real valor, como mi [libro sobre la] afasia, o los artículos (que en breve han de salir) sobre las neurosis obsesivas, o mi futura etiología y teoría de las neurosis, no me cabe esperar nada más que un respetable fracaso» (*ibid.*, Carta 18).]

el autor ha retomado los puntos de vista de una autoridad, Little,[17] y así llega a postular cuatro tipos principales, que se designan como espasticidad general, espasticidad parapléjica, corea general y atetosis bilateral, hemiplejía espástica bilateral (diplejía espástica).

Bajo la espasticidad general se incluyen las formas que de ordinario se conocen bajo el nombre de «enfermedad de Little». Espasticidad parapléjica es el nombre dado a lo que antes se consideraba una afección espinal, «tabes espástica infantil». Las diplejías espásticas corresponden principalmente a una duplicación de la parálisis cerebral unilateral, pero se distinguen por una sobreabundancia de síntomas, que hallan su esclarecimiento en la bilateralidad de la afección encefálica. La justificación de agregar la corea general y atetosis bilateral a esos tipos surge de numerosos caracteres del cuadro clínico y de la existencia de muy diversas formas mixtas y de transición, que conectan a todos esos tipos.

Sigue un examen de las relaciones de estos tipos clínicos con los factores etiológicos que aquí se suponen eficientes y con el insuficiente número de hallazgos necrópsicos publicados; se llega a las siguientes conclusiones:

Las diplejías cerebrales pueden clasificarse por su génesis en: *a*) de condicionamiento congénito; *b*) generadas durante el parto, y *c*) de adquisición posnatal. Pero rarísima vez se logra establecer esos distingos sobre la base de las peculiaridades clínicas del caso, y no siempre es posible hacerlo mediante la anamnesis. Se citan todos los factores etiológicos de las diplejías: prenatales (trauma, enfermedad o *shock* que afecta a la madre, número de orden de nacimiento), perinatales (los factores, destacados por Little, de nacimiento prematuro, parto difícil, asfixia) y posnatales (enfermedades infecciosas, trauma o *shock* que afecta al niño). Las convulsiones no se pueden considerar causas, sino sólo síntomas de la afección. Se reconoce como importante el papel etiológico de la sífilis heredada. No existe una relación exclusiva entre una cualquiera de estas etiologías y un tipo determinado de diplejía cerebral, pero con frecuencia se observan relaciones preferenciales. Es insostenible concebir las diplejías cerebrales como afecciones con etiología unitaria.

Los hallazgos patológicos en las diplejías son de diversa índole, en general los mismos que en las hemiplejías; las más de las veces tienen el valor de unas alteraciones termi-

[17] [W. J. Little (1810-1894).]

nales, desde las cuales no siempre acertamos con la inferencia retrospectiva hasta las lesiones iniciales. Por lo general, no permiten decidir sobre la categoría etiológica donde se clasificaría un caso. Y prácticamente en ninguno se puede inferir, por los hallazgos de la autopsia, la configuración clínica, de suerte que corresponde rechazar el supuesto de unos vínculos íntimos y exclusivos entre tipos clínicos y alteraciones anatómicas.

La fisiología patológica de las diplejías cerebrales tiene como tarea esencial esclarecer los dos caracteres por los cuales la espasticidad general y la parapléjica se distinguen de otras manifestaciones de afección orgánica del cerebro: en estas dos formas clínicas prevalece la contractura sobre la parálisis, y las extremidades inferiores resultan más afectadas que las superiores. En este trabajo se llega a la conclusión de que la mayor afección de las extremidades inferiores en la espasticidad general y parapléjica ha de relacionarse con la localización de la lesión (hemorragia meningeal a lo largo de la escisión media), y el predominio de la contractura, con la superficialidad de la lesión. El estrabismo de los niños dipléjicos, particularmente frecuente en la espasticidad parapléjica y con la etiología de nacimiento prematuro, es derivado de las hemorragias retinales de los recién nacidos, descritas por Königstein.

Una sección está destinada a llamar la atención sobre la ocurrencia familiar y hereditaria de numerosas afecciones infantiles que trasuntan un parentesco clínico con las diplejías cerebrales.

## XXVI

«Sobre las formas familiares de diplejías cerebrales» [1893*d*].

Observación de dos hermanos, uno de seis años y medio y el otro de cinco años, que, nacidos de padres consanguíneos, presentan un complicado cuadro clínico que se fue instalando gradualmente, en un caso desde su nacimiento y en el otro desde el segundo año. Los síntomas de esta afección familiar (nistagmo lateral de los ojos, atrofia del nervio óptico, estrabismo convergente alternante, palabra monótona y como escandida, temblor intencional en los brazos, debilidad espástica de las piernas, acompañados por inteligencia alta) dan motivo para construir una afección

nueva, que se designa como un correspondiente espástico de la enfermedad de Friedreich y por ello es clasificada entre las diplejías cerebrales familiares. Se destaca la vasta semejanza de estos casos con los descritos en 1885 por Pelizaeus como esclerosis múltiple.

# XXVII

«Las diplejías cerebrales infantiles» [1893*e*].[18]

Resumen de los resultados de la monografía reseñada *supra*, XXV.

# XXVIII

«Algunas consideraciones para un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas» [1893*c*].[19]

Una comparación, emprendida bajo el influjo de Charcot, entre parálisis orgánicas e histéricas a fin de obtener puntos de vista sobre la esencia de la afección histérica. La parálisis orgánica es periférico-espinal o bien cerebral; la primera, que por referencia a desarrollos del estudio crítico sobre las afasias [XIX] es llamada parálisis de *proyección*, es una parálisis «*en détail*»; la segunda, la parálisis de *representación* {*Repräsentation*}, es una parálisis «*en masse*».[20] La histeria imita sólo esta última categoría de parálisis, pero posee una particular libertad de especialización que la aproxima a las parálisis de proyección; ella puede disociar las áreas de parálisis que habitualmente se observan en afecciones corticales. La parálisis histérica muestra inclinación a acusarse en exceso, puede ser intensa en extremo y, no obstante, limitarse de manera estricta a un pequeño sector, mientras que la parálisis cortical regularmente aumenta su

[18] [Resumen en francés de la monografía XXV para una revista dirigida por Pierre Marie (sucesor de Charcot en la Salpêtrière), quien había escrito una reseña sumamente elogiosa de aquel trabajo (cf. *supra*, pág. 238*n.*) y sin duda solicitó a Freud esta sinopsis.]

[19] [Este trabajo —incluido en el volumen 1 de la *Standard Edition*— fue escrito en francés.]

[20] [Cf. *supra*, pág. 235. Esto es objeto de una explicación circunstanciada en el trabajo mismo (*AE*, **1**, págs. 197-200).]

extensión con el acrecentamiento de su intensidad. La sensibilidad muestra en las dos variedades de parálisis un comportamiento por entero opuesto.

Los caracteres especiales de la parálisis cortical están condicionados por las peculiaridades de la estructura encefálica y nos permiten una inferencia hacia atrás sobre la anatomía del encéfalo. La parálisis histérica, por el contrario, se comporta como si no existiera una anatomía del encéfalo. La histeria no sabe nada de esta última. La alteración que está en la base de la parálisis histérica puede no tener ninguna semejanza con lesiones orgánicas, y debe ser buscada en las constelaciones de abordabilidad de un determinado círculo de representación.

## XXIX

«Las neuropsicosis de defensa. Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias» [1894*a*].[21]

Es el primero de una serie de breves ensayos que a continuación enumero, que se proponen como tarea preparar sobre una nueva base una presentación de conjunto de las neurosis, todavía en elaboración.

La escisión de conciencia de la histeria no es un carácter primario de esta neurosis, basado en una debilidad degenerativa, según asegura Janet, sino el resultado de un peculiar proceso psíquico que es designado como «defensa» y cuya presencia en numerosas neurosis y psicosis, además de la histeria, es demostrada mediante análisis que se comunican brevemente. La defensa interviene toda vez que en la vida de representaciones se produce un caso de inconciliabilidad entre una representación singular y el «yo». El proceso defensivo se puede figurar por medio de una imagen: es como si a la representación que se reprime se le quitara su monto de excitación y se aplicara este a otro uso. Esto puede ocurrir de muchas maneras: en la histeria, la suma de excitación liberada es traspuesta a inervación corporal (*histeria de conversión*); en la neurosis obsesiva, permanece en el ámbito psíquico y se adhiere a otras representaciones, en sí mismas no inconciliables, que así *sus-*

[21] [Cf. *supra*, págs. 47 y sigs.]

*tituyen* a la representación reprimida. La fuente de las representaciones inconciliables que caen bajo la defensa es única y exclusivamente la vida sexual. Un análisis de un caso de psicosis alucinatoria enseña que también esta psicosis constituye un camino para alcanzar la meta de la defensa.

## XXX

«Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología» [1895*c*].[22]

Obsesiones y fobias deben separarse de la neurastenia como unas afecciones neuróticas autónomas. En ambas se trata del enlace de una representación con un estado afectivo. Este último es en las fobias siempre el mismo, el de la angustia; en las obsesiones genuinas puede ser de naturaleza diversa (reproche, sentimiento de culpa, duda, etc.). El estado afectivo aparece como lo esencial de la obsesión, pues en cada caso permanece inalterado, mientras que la *representación a que adhiere varía.* El análisis psíquico muestra que el afecto de la obsesión está siempre justificado, pero que la idea de él dependiente constituye una sustitución de otra más adecuada al afecto, tomada esta de la vida sexual y caída bajo la represión. Este estado de cosas se elucida mediante numerosos análisis breves de casos con manía de duda, compulsión de lavarse, compulsión de contar, etc., en que se logró, con beneficio terapéutico, reintroducir la representación reprimida. Las fobias en el sentido estricto se reservan para el trabajo sobre la «neurosis de angustia» (véase XXXII).

## XXXI

*Estudios sobre la histeria* [1895*d*].[23]
(En colaboración con el doctor J. Breuer.)

Este libro contiene el desarrollo del tema planteado en la «Comunicación preliminar» (véase XXIV) sobre el me-

[22] [Escrito en francés. Cf. *supra*, págs. 75 y sigs.]
[23] [Este libro ha sido traducido en el volumen 2 de la *Standard Edition* {y de la presente edición}.]

canismo psíquico de fenómenos histéricos. Aunque este trabajo en colaboración es obra de los dos autores, se compone de diversos ensayos, de los cuales cuatro historiales clínicos detallados, junto a sus epicrisis, y un ensayo «Sobre la psicoterapia de la histeria», son de mi mano. En el contenido del libro se destaca, con más energía que en la «Comunicación preliminar», el papel etiológico del factor sexual, y además se aplica el concepto de «conversión» para el esclarecimiento de la formación histérica de síntoma. El ensayo sobre psicoterapia se empeña en proporcionar un panorama sobre la técnica del procedimiento psicoanalítico, el único que puede conducir a la exploración del contenido psíquico inconciente y de cuya aplicación se esperan también importantes esclarecimientos psicológicos.

## XXXII

«Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"» [1895*b*].[24]

La coincidencia de un agrupamiento constante de los síntomas con una particular condición etiológica permite extraer del ámbito global «neurastenia» un complejo que merece el nombre de «neurosis de angustia», porque todos sus ingredientes resultan del síntoma de la angustia. Cabe concebirlos directamente como exteriorizaciones de la angustia o como rudimentos y equivalentes de ella (E. Hecker), y a menudo están en oposición polar con los síntomas que constituyen la neurastenia genuina. También la etiología de las dos neurosis apunta a esa oposición. Mientras que la neurastenia genuina se genera tras poluciones espontáneas o se adquiere por masturbación, a la etiología de la neurosis de angustia pertenecen aquellos factores que corresponden a una retención de la excitación sexual. Por ejemplo: abstinencia existiendo libido, excitación frustránea y, sobre todo, *coitus interruptus*. Las dos neurosis así separadas se presentan en la vida las más de las veces combinadas; no obstante, se comprueban también casos puros. Toda vez que una de esas neurosis mixtas se somete al análisis, se puede señalar la mezcla de varias etiologías específicas.

[24] [Cf. *supra*, págs. 91 y sigs.]

Un ensayo de erigir una teoría de la neurosis de angustia lleva a esta fórmula: su mecanismo consiste en que *la excitación sexual somática se desvía de lo psíquico* y, por esa causa, recibe un empleo anormal. *La angustia neurótica es libido sexual traspuesta.*

## XXXIII

«A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"» [1895*f*].[25]

Réplica a unas objeciones de Löwenfeld al contenido del ensayo XXXII. Se trata aquí el problema de la etiología en la neuropatología, para justificar una clasificación de los factores etiológicos sobrevinientes en tres categorías: *a*) condiciones; *b*) causas específicas; *c*) causas concurrentes o auxiliares. Se llama «condiciones» a aquellos factores que son indispensables para alcanzar el efecto, pese a lo cual no pueden llegar a esa meta por sí solos, sino que para ello necesitan de las causas específicas. Las causas específicas se distinguen de las condiciones por intervenir sólo en unas pocas fórmulas etiológicas, mientras que las condiciones pueden desempeñar el mismo papel en numerosas afecciones. Causas auxiliares son aquellas que ni es preciso que estén presentes en todos los casos, ni pueden producir por sí solas el efecto en cuestión. — Para el caso de las neurosis, la herencia tiende a ser la condición; la causa específica está dada por factores sexuales; todo lo demás que suele citarse como etiología de las neurosis (exceso de trabajo, emociones, enfermedad física) es sólo causa auxiliar y en ningún caso puede subrogar completamente al factor específico, si bien puede sustituirlo en el orden de la cantidad. La forma de la neurosis depende de la naturaleza del factor sexual específico; *para que en efecto sobrevenga* una afección neurótica se requieren unos factores de eficacia cuantitativa; la herencia opera al modo de un multiplicador interpolado dentro del circuito de una corriente [eléctrica].

[25] [Cf. *supra*, págs. 123 y sigs.]

## XXXIV

«Sobre la meralgia parestésica del muslo, descrita por Bernhardt» [1895*e*].[26]

Autoobservación de esta afección inofensiva, que probablemente se reconduzca a una neuritis local, y comunicación sobre otros casos, incluso algunos de ocurrencia bilateral.

## XXXV

«Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» [1896*b*].[27]

1. *La etiología específica de la histeria.* La prosecución de los trabajos psicoanalíticos con histéricos aportó como resultado uniforme el esclarecimiento de que las vivencias traumáticas conjeturadas, de las cuales los síntomas histéricos persisten como sus símbolos mnémicos, sobrevienen en *la más temprana infancia* de los enfermos y cabe definirlas como un abuso sexual en sentido estricto.

2. *Esencia y mecanismo de la neurosis obsesiva.* Unas representaciones obsesivas son en todos los casos reproches mudados, que retornan de la represión, y se refieren siempre a una acción sexual de la infancia que se ejecutó con placer. Se muestra la trayectoria de este retorno de lo reprimido, y los resultados de un trabajo defensivo primario y secundario.

3. *Análisis de un caso de paranoia crónica.* El análisis, comunicado en detalle, demuestra que la etiología de la paranoia se hallará en las mismas vivencias sexuales de la primera infancia en que ya se discernió la etiología de la histeria y de la neurosis obsesiva. Los síntomas de esta paranoia son reconducidos en su detalle a las operaciones de la defensa.

26 [Trastorno que afectó a Freud durante uno o dos años por esa época.]

27 [Cf. *supra*, págs. 163 y sigs.]

## XXXVI

«La etiología de la histeria» [1896*c*].[28]

Comunicaciones más minuciosas sobre las vivencias sexuales infantiles que se averiguaron como etiología de las psiconeurosis. Cabe definir el contenido de ellas como «perversión»; sus causantes han de buscarse las más de las veces entre los parientes próximos de los enfermos. Se elucidan las dificultades que es preciso vencer para descubrir esos recuerdos reprimidos, y las dudas que se pueden elevar contra los resultados así adquiridos. Se comprueba que los síntomas histéricos son unos retoños de recuerdos de eficiencia inconciente; emergen sólo con la cooperación de tales recuerdos. La preexistencia de unas vivencias sexuales infantiles es condición indispensable para que el afán defensivo —existente también en la persona normal— llegue a producir efectos patógenos, es decir, neurosis.

## XXXVII

«La herencia y la etiología de las neurosis» [1896*a*].[29]

Los resultados hasta ahora obtenidos por el psicoanálisis con relación a la etiología de las neurosis son empleados para la crítica de la doctrina dominante sobre la omnipotencia de los factores hereditarios en la neuropatología. Se ha sobrestimado el papel de la herencia en múltiples aspectos. En primer lugar, cuando se incluyó entre las neuropatías hereditarias estados como dolores de cabeza, neuralgias, etc., que muy probablemente deriven las más de las veces de afecciones orgánicas de las cavidades craneanas (nariz). En segundo lugar, cuando se consideró todas las afecciones nerviosas comprobables entre los parientes como testimonios de un lastre hereditario, y así se desechó la posibilidad de unas neuropatías *adquiridas* que, desde luego, no serían probatorias de herencia alguna. En tercer lugar, no se ha comprendido el papel etiológico de la sífilis y se ha puesto en la cuenta de la herencia las afecciones nerviosas que de aquella derivan. Además, cabe una objeción de principio a la forma de herencia que se designa como «herencia disímil» (o con mudanza en la forma de la afección contraída), y que des-

[28] [Cf. *supra*, págs. 191 y sigs.]
[29] [Escrito en francés. Cf. *supra*, págs. 143 y sigs.]

empeña un papel mucho más importante que la herencia similar. Si el hecho del lastre hereditario en una familia se expresa en que sus miembros contraen enfermedades nerviosas cualesquiera —corea, epilepsia, histeria, apoplejías, etc.— que se sustituyen entre sí sin un determinismo más específico, hará falta conocer las leyes siguiendo las cuales sobreviene tal subrogación, o bien quedará sitio para unas etiologías particulares que, justamente, comandarán la selección de la neuropatía que en efecto advenga. Pero si existen esas etiologías particulares, ellas serán las causas específicas buscadas de las diversas formas clínicas, y la herencia retrocederá al papel de un factor propiciador o de una condición.

## XXXVIII

*La parálisis cerebral infantil* [1897*a*].[30]

Resumen de sendos trabajos sobre el mismo tema, publicados en 1891 y 1893 [XX y XXV], junto con los agregados y modificaciones que desde entonces se han vuelto necesarios. Estas últimas atañen al capítulo sobre la *poliomyelitis acuta*, que en el ínterin se ha reconocido como una enfermedad no sistemática; a la encefalitis como un proceso inicial de la hemiplejía espástica, y a la concepción de los casos de espasticidad parapléjica, cuya naturaleza de afección cerebral pudo ponerse en duda recientemente. Una elucidación especial se ocupa de los intentos por descomponer el contenido de las diplejías cerebrales en varias entidades clínicas bien deslindadas, o por lo menos separar la llamada «enfermedad de Little» como una unidad clínica del enredo de formas de afecciones semejantes. Se muestran las dificultades con que se topan tales empeños, y se sustenta, como única opinión justificada, esta: que por el momento se conserve la «parálisis cerebral infantil» como un concepto clínico global para toda una serie de afecciones semejantes con

30 [Fue esta la última publicación de Freud sobre un tema neurológico. La preparó a solicitud de Nothnagel para su gran enciclopedia de medicina, de la que formó la parte II, sección II del volumen IX. Es el más extenso de todos sus trabajos sobre neurología: abarca bastante más de trescientas páginas, con más de cuatrocientas entradas bibliográficas. Dedicó a la redacción de esta obra varios años, y luego parece haber perdido interés en ella, a juzgar por las cáusticas cartas que al respecto dirigió a Fliess (cf. mi «Nota introductoria» a «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898*a*), *infra*, pág. 254.]

etiología exógena. El rápido incremento de las observaciones de afecciones nerviosas familiares y hereditarias de la infancia, que en varios puntos se aproximan clínicamente a la parálisis cerebral infantil, impondría recopilar estas formas nuevas y tratar de establecer una distinción de principio entre ellas y las parálisis cerebrales infantiles.

# Apéndice

## A. Trabajos realizados bajo mi influjo

E. Rosenthal, *Contribution à l'étude des diplégies cérébrales de l'enfance.* Tesis de Lyon (medalla de plata). (1892.)

L. Rosenberg, *Casuistische Beiträge zur Kenntnis der cerebralen Kinderlähmungen und der Epilepsie.* (Nº IV, Nueva Serie, de *Beiträge zur Kinderheilkunde*, editadas por Kassowitz.) (1893.)

## B. Traducciones del francés

J.-M. Charcot, *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie.* Viena: Toeplitz y Deuticke. [Freud, 1886*f*.]

H. Bernheim, *Die Suggestion und ihre Heilwirkung.* Viena: F. Deuticke. (Segunda edición, 1896.) [Freud, 1888-89.]

H. Bernheim, *Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie*, Viena: F. Deuticke. [Freud, 1892*a*.]

J.-M. Charcot, *Poliklinische Vorträge*, vol. 1. (*Leçons du mardi.*) Con notas del traductor. Viena: F. Deuticke. [Freud, 1892-94.]

# La sexualidad en la etiología de las neurosis
(1898)

# Nota introductoria

## «Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen»

*Ediciones en alemán*

1898 *Wien. klin. Rdsch.*, **12**, nº 2, págs. 21-2; nº 4, págs. 55-7; nº 5, págs. 70-2; nº 7, págs. 103-5. (9, 23 y 30 de enero; 13 de febrero.)
1906 *SKSN*, **1**, págs. 181-204. (1911, 2ª ed.; 1920, 3ª ed.; 1922, 4ª ed.)
1925 *GS*, **1**, págs. 439-64.
1952 *GW*, **1**, págs. 491-516.
1972 *SA*, **5**, págs. 11-35.

*Traducciones en castellano* *

1928 «La sexualidad en la etiología de las neurosis», *BN* (17 vols.), **12**, págs. 238-62. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **12**, págs. 239-63. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 146-57. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **12**, págs. 185-204. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 146-56. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 317-29. El mismo traductor.

Una carta a Fliess (Freud, 1950*a*, Carta 83) nos anoticia de que este trabajo fue terminado el 9 de febrero de 1898; su redacción había comenzado un mes antes (*ibid.*, Carta 81). En esas dos cartas, Freud se refiere a él peyo-

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n.* 6.}

rativamente como un artículo «*Gartenlaube*» {«glorieta de jardín»}, título de una revista para el hogar que se había vuelto célebre por sus historias sentimentales. Agrega, sin embargo, que el artículo «es bastante desvergonzado y por su naturaleza está destinado a provocar escándalo... lo cual sin duda ocurrirá. Breuer dirá que me he causado un gran perjuicio».

Habían trascurrido dos años desde el último trabajo psicopatológico de Freud, «La etiología de la histeria» (1896*c*), y en ese lapso fueron muchas las cosas que lo atarearon. La menos importante, tal vez (siquiera desde nuestro punto de vista), fue la terminación, a principios de 1897, de su tratado de trescientas páginas de extensión sobre las parálisis infantiles, para la gran enciclopedia médica de Nothnagel; durante varios años había estado trabajando a regañadientes en esta, la última de sus obras neurológicas —véanse, por ejemplo, sus cartas a Fliess del 20 y el 31 de octubre y del 8 de noviembre de 1895, del 4 de junio y el 2 de noviembre de 1896, y del 24 de enero de 1897 (Freud, 1950*a*, Cartas 32, 33, 35, 47, 50 y 57)—. Una vez desembarazado de esta tarea, pudo dedicarse con más exclusividad a la psicología, y pronto estuvo inmerso en un acontecimiento trascendental: su autoanálisis. Iniciado en el verano de 1897, ya lo llevó a los pocos meses a algunos descubrimientos fundamentales: el abandono de la teoría sobre la etiología traumática de las neurosis (21 de setiembre, Carta 69), *AE*, **1**, pág. 301; el descubrimiento del complejo de Edipo (15 de octubre, Carta 71), *AE*, **1**, pág. 307; y el gradual reconocimiento de la sexualidad infantil como un hecho normal y universal (p. ej., 14 de noviembre, Carta 75), *AE*, **1**, pág. 312.

De todos estos desarrollos (y de sus concomitantes avances en la comprensión de la psicología de los sueños) apenas si hay huellas en el presente artículo; y a ello obedecía, sin duda, el desdén que el autor sentía por él. En lo tocante a los postulados fundamentales, no lleva las cosas más allá de donde ellas se encontraban dos años atrás; Freud se reservaba para su próximo empeño de envergadura, que habría de materializarse en un plazo de dos años más: *La interpretación de los sueños* (1900*a*).

Pero si en su primera parte el presente trabajo contiene poco más que una reenunciación de las concepciones anteriores de Freud sobre la etiología de las neurosis, nos ofrece luego, como nuevo elemento, un abordaje de problemas sociológicos. La crítica franca que se eleva aquí contra la actitud de los profesionales de la medicina en materia sexual

(en particular, en lo tocante a la masturbación, el uso de anticonceptivos y las dificultades de la vida conyugal) anticipa toda una serie de posteriores animosidades de Freud contra las convenciones sociales de la civilización —que comienzan en «La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna» (1908*d*) y culminan en *El malestar en la cultura* (1930*a*)—.

James Strachey

Por medio de ahondadas indagaciones he llegado en los últimos años al discernimiento de que unos factores de la vida sexual constituyen las causas más próximas y de mayor sustantividad práctica en todos los casos de afección neurótica. Esta doctrina no es enteramente nueva; desde siempre, todos los autores atribuyeron cierta significatividad a los factores sexuales en la etiología de las neurosis; y en muchas corrientes subterráneas de la medicina se ha unido siempre en una promesa única la curación de los «achaques sexuales» y la «endeblez nerviosa». Por eso, una vez que se renuncie a desconocer el acierto de esta doctrina, no será difícil poner en tela de juicio su originalidad.

En algunos ensayos breves aparecidos estos últimos años en *Neurologisches Zentralblatt* [1894*a*, 1895*b* y 1896*b*], *Revue Neurologique* [1895*c* y 1896*a*] y *Wiener klinische Rundschau* [1895*f* y 1896*c*],[1] he intentado indicar el material y los puntos de vista que ofrecen apoyos científicos a la doctrina de la «etiología sexual de las neurosis». Es cierto que no hay todavía una exposición circunstanciada, pero ello se debe esencialmente a que en el empeño de esclarecer el nexo discernido como fáctico uno tropieza cada vez con nuevos problemas, para cuya solución faltan los trabajos preparatorios. No obstante, en modo alguno me parece prematuro el intento de guiar el interés del médico práctico sobre las constelaciones por mí aseveradas, a fin de que él se convenza de la corrección de estas tesis y, al mismo tiempo, de las ventajas que de su discernimiento puede obtener para su práctica.

Sé que no faltarán empeños por disuadir al médico, mediante unos argumentos de tinte ético, de estudiar estos temas. Quien quiera convencerse de que las neurosis de sus enfermos realmente se entraman con su vida sexual no podrá evitar el indagarlos por esta última e instarlos a su veraz esclarecimiento. Pero en esto mismo, se argüirá, radica el peligro para el individuo y para la sociedad. El médico, oigo

[1] [Todos ellos incluidos en el presente volumen.]

decir, no tiene ningún derecho a inmiscuirse en los secretos sexuales de sus pacientes, a herir groseramente con ese examen su pudor —sobre todo en el caso de las mujeres—. Su mano inhábil sólo podrá destruir la dicha familiar, menoscabar la inocencia de los jóvenes y usurpar la autoridad de los padres; y con los adultos adquirirá una complicidad incómoda y arruinará la relación con sus enfermos. Se concluirá, entonces, que es su deber ético mantenerse alejado de todo el asunto sexual.

Pero es lícito responder: He ahí la exteriorización de una mojigatería indigna del médico, mojigatería que se cubre apenas con unos malos argumentos. Si factores de la vida sexual se disciernen real y efectivamente como causas patológicas, averiguar tales factores y traerlos a colación se convierte, sin más reparos, en un deber del médico. La lesión del pudor en que de ese modo incurre no es diversa ni más enojosa, se diría, que la inspección de los genitales femeninos por él emprendida para curar una afección local, a realizar la cual la propia academia lo obliga. De señoras mayores que pasaron su juventud en provincias a menudo se oye contar todavía que alguna vez estuvieron a punto de desfallecer a raíz de hemorragias genitales desmedidas, porque no podían resolverse a permitir que un médico mirara sus desnudeces. El influjo educativo ejercido por los médicos sobre el público ha conseguido, en el curso de una generación, que rarísima vez nuestras señoras jóvenes muestren esa renuencia. Y toda vez que se manifieste, se la condenará como incomprensible mojigatería, vergüenza donde no corresponde. ¿Acaso vivimos en Turquía —preguntaría el marido—, donde la señora enferma sólo tiene permitido enseñar al médico el brazo por un agujero practicado en la pared?

No es cierto que el examen de asuntos sexuales y el ser consabedor de ellos amenace la autoridad del médico frente a sus pacientes. Más justificadamente se podría haber hecho la misma objeción, en su momento, al empleo de narcóticos que despojaban al enfermo de su conciencia y de su voluntad y dejaban en la mano del médico determinar si las recuperaría y cuándo. Sin embargo, hoy la narcosis se nos ha vuelto indispensable, porque es útil como ninguna otra cosa para el afán terapéutico del médico, y este ha aceptado entre sus otros serios deberes la responsabilidad por su empleo.

El médico puede dañar en todos los casos si es torpe e inescrupuloso, y esto es tan válido para los restantes casos como para la investigación de la vida sexual de sus pacientes. Claro está, quien en un encomiable esbozo de conocimiento de sí mismo no se atribuya el tacto, la seriedad y la

discreción que se requieren para el examen de los neuróticos, quien de sí mismo sepa que las revelaciones de la vida sexual le provocan unas voluptuosas cosquillas en vez de un interés científico, hará bien en mantenerse apartado del tema de la etiología de las neurosis. Sólo le pediremos que también permanezca ajeno al tratamiento de los neuróticos.

Tampoco es cierto que los enfermos opongan insuperables obstáculos a una exploración de su vida sexual. Los adultos, tras breve vacilación, suelen recapacitar con estas palabras: «Pero estoy con el médico, a quien es lícito decirle todo». Numerosas señoras, a quienes la tarea de ocultar sus sentimientos sexuales les resulta una carga asaz pesada de llevar en la vida, se sienten aliviadas cuando notan, en el consultorio del médico, que ahí no rige miramiento alguno que no sea el de su curación, y le agradecen poder abordar siquiera allí las cosas sexuales en términos puramente humanos. Una oscura noticia sobre la preeminente significación de unos factores sexuales para la génesis de la nerviosidad, idéntica a la que yo procuro ahora ganar para la ciencia, no parece que se haya perdido nunca para la conciencia de los legos. Harto a menudo vive uno escenas como esta: Se está frente a una pareja de cónyuges, uno de los cuales padece de una neurosis. Tras muchos introitos y disculpas —que para el médico no han de valer las barreras convencionales si es que ha de auxiliar en tales casos, etc.—, uno les comunica a ambos su conjetura de que la razón de la enfermedad residiría en la manera innatural y nociva de comercio sexual que ellos acaso escogieron luego del último parto de la señora. Y les dice también que por lo general los médicos no suelen ocuparse de tales relaciones, cosa esta siempre vituperable aunque a los enfermos no les guste enterarse de tales cosas, etc. Y hete ahí que uno de los cónyuges se dirige al otro y le dice: «¿Lo ves? Ya te había dicho que eso me enfermaría». Y el otro que responde: «Yo también lo he pensado, pero, ¿qué remedio queda?».

En algunas otras circunstancias, por ejemplo en el caso de muchachas que han sido educadas sistemáticamente para disimular su vida sexual, uno deberá conformarse con un grado muy modesto de sinceridad en la respuesta. Además, cuenta aquí que el médico experto no enfrenta a sus enfermos sin estar él preparado, y de ordinario no les pedirá esclarecimiento, sino la mera corroboración de lo que conjetura. A quien se avenga a seguir mis indicaciones sobre el modo en que es preciso explicarse la morfología de las neurosis y traducirla a lo etiológico, sólo muy pocas confesiones más deberán hacerle los enfermos. En la pintura de sus

síntomas patológicos, que con harta presteza proporcionan, ellos dejan traslucir al mismo tiempo la noticia sobre los factores sexuales escondidos.

Sería una gran ventaja que los enfermos supieran mejor cuán ciertamente puede ahora el médico interpretar sus achaques neuróticos e inferir desde estos, hacia atrás, la etiología sexual eficiente. Sin duda, ello los impulsaría a renunciar al secreto desde el instante mismo en que se resolvieran a demandar auxilio para su padecer. Ahora bien, todos tenemos interés en que también en cosas sexuales impere como deber entre los seres humanos un grado de sinceridad mayor del que hasta ahora se reclama. La eticidad sexual sólo ganará con ello. Hoy por hoy, en materia de sexualidad todos y cada uno de nosotros, enfermos y sanos a la par, somos unos hipócritas. No podrá menos que beneficiarnos si como resultado de la sinceridad general se impone cierta tolerancia en cosas sexuales.

El médico tiene por lo común escasísimo interés en las cuestiones que los neuropatólogos debaten acerca de las neurosis: si se justifica una estricta separación entre histeria y neurastenia, si es lícito distinguir además una histero-neurastenia, si cabe incluir las representaciones obsesivas en la neurastenia o es preciso reconocerlas como una neurosis particular, etc. Y, en realidad, tales distingos podrían ser indiferentes para el médico toda vez que la decisión así tomada no trajera más consecuencias —ninguna intelección más profunda ni indicación alguna para la terapia— y que los enfermos, sin excepción, fueran enviados al sanatorio de cura de aguas o debieran oír que no tienen nada. Pero diversa sería la situación si se admitieran nuestros puntos de vista sobre los vínculos causales entre la sexualidad y las neurosis. Se despertaría así un nuevo interés por la sintomatología de los distintos casos de neurosis, y cobraría importancia práctica que uno supiera separar rectamente el complejo cuadro en sus componentes y dar a estos su denominación justa. Y en efecto, la morfología de las neurosis se traduce con facilidad a etiología, y del discernimiento de esta se infieren, como es evidente, nuevas indicaciones terapéuticas.

Ahora bien, en cada caso la decisión más sustantiva, que debe tomarse con certeza mediante una evaluación cuidadosa de los síntomas, atañe a saber si se está frente a los caracteres de una neurastenia o de una psiconeurosis (histeria, neurosis obsesiva). (Con enorme frecuencia se presentan casos mixtos en que se aúnan signos de la neurastenia con los de una psiconeurosis; pero reservemos su apreciación

para más adelante.) Sólo en las neurastenias el examen de los enfermos permite descubrir factores etiológicos pertenecientes a la vida sexual; es que aquí, desde luego, ellos son consabidos para los enfermos y pertenecen al presente o, mejor dicho, al período de la vida que comienza con la madurez genésica (si bien este deslinde no permite abarcar todos los casos). En las psiconeurosis, ese examen es poco fructífero; quizá nos anoticie sobre unos factores que es preciso reconocer como ocasionamientos, que pueden entramarse o no con la vida sexual; si en efecto se entraman, no revelan ser de diferente índole que los factores etiológicos de la neurastenia, y entonces echamos de menos, totalmente, un nexo específico para la causación de la psiconeurosis. A pesar de ello, la etiología de las psiconeurosis se sitúa siempre en lo sexual. Por un curioso rodeo, del que luego hablaremos, uno puede llegar a tomar noticia de esa etiología, y a concebir que el enfermo no sepa decirnos nada de ella. Y es que los sucesos e injerencias que están en la base de toda psiconeurosis no corresponden a la actualidad, sino a una época de la vida del remoto pasado, por así decir prehistórica, de la primera infancia, y por eso no son consabidos para el enfermo. Este los ha olvidado —sólo que en un sentido preciso—.

O sea, hay una etiología sexual en todos los casos de neurosis, pero en las neurastenias ella es de índole actual, y en las psiconeurosis son factores de naturaleza infantil: he ahí la primera gran oposición en la etiología de las neurosis. Otra oposición surge si se toma en cuenta un distingo dentro de la sintomatología de la neurastenia como tal. Aquí hallamos, por un lado, casos en que pasan al primer plano ciertos achaques característicos de la neurastenia (presión intracraneana, fatiga, dispepsia, obstrucción intestinal, irritación espinal, etc.), mientras que en otros casos estos signos quedan relegados, y el cuadro patológico se compone de otros síntomas, todos los cuales permiten discernir un nexo con el síntoma nuclear de la «angustia» (estado de angustia libre, inquietud, angustia de expectativa, ataques de angustia completos, rudimentarios y suplementarios, vértigo locomotor, agorafobia, insomnio, acrecentamiento del dolor, etc.). Al primer tipo de neurastenia le he dejado su nombre, pero al segundo lo he singularizado como «neurosis de angustia», y para esta separación he dado razones en otro lugar,[2] donde también se fundamenta el hecho de que por

[2] [Véase el primer trabajo de Freud sobre la neurosis de angustia (1895*b*), *supra*, págs. 91 y sigs.]

regla general ambas neurosis se presentan juntas.[3] Para nuestros fines, basta poner de relieve que junto con la diversidad sintomática entre las dos formas corre pareja una diferencia en la etiología. La *neurastenia* se deja reconducir siempre a un estado del sistema nervioso como el que se adquiere por una masturbación excesiva o el que engendran unas frecuentes poluciones; y en la neurosis de angustia generalmente se hallan unos influjos sexuales que tienen en común el factor de la contención o la satisfacción incompleta (como *coitus interruptus*, abstinencia existiendo una viva libido, la llamada excitación frustránea, etc.). En el breve ensayo donde me empeñé en introducir la neurosis de angustia, declaré esta fórmula: La angustia es, en general, libido desviada de su empleo [normal].[4]

Cuando en un caso se aúnan síntomas de la neurastenia y de la neurosis de angustia, vale decir, cuando se está frente a un caso mixto, uno se atiene a la tesis, averiguada por vía empírica, de que una contaminación entre neurosis corresponde a la acción conjugada de varios factores etiológicos; y siempre halla corroborada esa expectativa. Valdría la pena estudiar en detalle cuán a menudo estos factores etiológicos se enlazan entre sí orgánicamente en virtud del nexo de los procesos sexuales —p. ej., el *coitus interruptus* o la potencia insuficiente del varón, con la masturbación—.

Si pues, frente al caso, uno diagnostica con certeza una neurosis neurasténica y agrupa sus síntomas de manera correcta, podrá traducir la sintomatología a una etiología y entonces pedir sin ambages al enfermo la corroboración de las conjeturas que uno ha hecho. No debe desorientarnos que inicialmente nos contradiga; si uno persevera en lo que ha inferido e insiste en lo inconmovible de su convencimiento, termina por triunfar sobre toda resistencia. De ese modo, uno averigua toda clase de cosas sobre la vida sexual de los seres humanos, a punto de poder llenar un libro entero, útil e instructivo. Pero también aprende a lamentar, en todo sentido, que hoy la ciencia de lo sexual se siga considerando vergonzosa. Siendo las desviaciones más pequeñas respecto de una *vita sexualis* normal demasiado frecuentes para que se pudiera atribuir un valor a su descubrimiento, sólo se habrá de considerar esclarecedora una anormalidad grave y prolongada en la vida sexual de los pacientes neuróticos. Y, por otra parte, uno puede confiar en que el peligro de que un enfermo psíquicamente normal sea esforzado a acusarse falsamente de faltas sexuales es imaginario.

[3] [*Ibid.*, págs. 112 y sigs.]
[4] [*Ibid.*, pág. 108.]

Si uno procede de esta manera con sus enfermos, se convencerá también de que para la doctrina sobre la etiología sexual de la neurastenia no existen casos negativos. Para mí, al menos, ha cobrado tanta certeza esta convicción que hasta di empleo diagnóstico al resultado negativo del examen, a saber, diciéndome que esos casos no pueden ser una neurastenia. Así, en varias oportunidades supuse una parálisis progresiva en lugar de una neurastenia, y ello porque no había conseguido comprobar la masturbación abundante que mi doctrina reclama: la trayectoria de esos casos me dio con posterioridad la razón. En otro enfermo que, en ausencia de alteraciones orgánicas nítidas, se quejaba de presión intracraneana, dolores de cabeza, dispepsia, y con sinceridad y una certeza total refutó mis sospechas sexuales, se me ocurrió conjeturar una infección latente en una de las cavidades sinusoideas de la nariz; un colega especialista corroboró esta inferencia, extraída de la negatividad del examen sexual, librando al enfermo de sus achaques mediante el vaciamiento de la supuración fétida de esas cavidades.

La apariencia de que existirían, no obstante, «casos negativos» puede generarse también de otra manera. A veces el examen comprueba una vida sexual normal en personas cuya neurosis, para la observación superficial, se asemeja realmente mucho a una neurastenia o una neurosis de angustia. Pero una investigación más profunda suele poner en descubierto el verdadero estado de cosas. Tras esos casos que uno creyó de neurastenia, se esconde una psiconeurosis (una histeria o una neurosis obsesiva). En particular la histeria, que imita a tantas afecciones orgánicas, puede fácilmente espejar una de las neurosis actuales [5] elevando los síntomas de estas a la condición de histéricos. Y en verdad no son muy raras esas histerias con forma de neurastenia. Pero no implica ningún fácil expediente recurrir a las psiconeurosis para las neurastenias con informe sexual negativo; podemos aportar la prueba de ello por el único camino infalible que permite desenmascarar una histeria, el camino del psicoanálisis, que luego mencionaremos.

Ahora bien, quizá muchos, pese a estar dispuestos a tomar en cuenta la etiología sexual en sus enfermos de neurastenia, censuren por unilateral no ser instados a prestar atención también a los otros factores que la generalidad de los autores cita como causas de la neurastenia. Pero a mí no se me ha ocurrido sustituir en las neurosis esas otras etiologías

[5] [«*Aktuelle Neurose*»; en su forma habitual de «*Aktualneurose*», este término aparece por vez primera *infra*, pág. 271, donde se hallarán algunos comentarios en una nota al pie.]

por la sexual, de suerte que yo declarase cancelada la acción eficiente de aquellas. Sería un malentendido. Opino, más bien, que a todos los factores etiológicos para la génesis de la neurastenia consabidos por los autores, y probablemente reconocidos con justicia, se suman los sexuales, que hasta ahora no se habían apreciado lo suficiente. Y, por otra parte, estimo que estos últimos merecen que se les asigne una posición particular dentro de la serie etiológica.[6] En efecto, sólo ellos no están ausentes en ningún caso de neurastenia; sólo ellos son capaces de producir la neurosis sin más auxilio, de suerte que aquellos otros factores parecen quedar rebajados al papel de una etiología auxiliar y suplementaria; y sólo ellos permiten al médico discernir unos vínculos ciertos entre su diversidad y los múltiples cuadros clínicos. En cambio, si cotejo los casos en que se contrajo neurastenia supuestamente por exceso de trabajo, por una irritación emotiva, o luego de un tifus, etc., no advierto en sus síntomas nada común; y no sabría concebir expectativa alguna sobre sus síntomas a partir de la índole de la etiología, así como, a la inversa, del cuadro clínico no podría inferir la etiología eficiente.

Las causas sexuales son también las que más asidero ofrecen al médico para su acción terapéutica. La herencia es sin duda un factor sustantivo toda vez que está presente; permite que sobrevenga un gran efecto patológico donde de ordinario se produciría uno muy leve. Pero la herencia es inasequible al influjo médico; cada quien trae congénitas sus inclinaciones patológicas hereditarias, y nada se puede modificar en ello. Y tampoco podemos olvidar que, justamente en la etiología de las neurastenias, por fuerza hemos de denegar a la herencia el primer rango. La neurastenia (en sus dos formas) se cuenta entre las afecciones que fácilmente puede adquirir cualquiera, aunque esté exento de lastre hereditario. Si fuera de otro modo, sería inconcebible su gigantesco incremento, de que todos los autores se quejan. Por lo que toca a la civilización, en cuyo registro de pecados se suele a menudo inscribir la causación de la neurastenia, es muy posible que los autores anden acertados (aunque es probable que ello se produzca por otros caminos de los que ellos suponen) [cf. págs. 270-1]; ahora bien, el estado de nuestra civilización es, por así decir, inmodificable para el individuo; y además, este factor, que es de universal validez para los miembros de una misma sociedad, nunca po-

[6] [Acerca de esto y lo que sigue, véase el segundo trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*f*), *supra*, pág. 134.]

dría explicar que ciertos individuos contrajeran la enfermedad y otros no. Desde luego que el médico no neurasténico está bajo los mismos influjos de esa sociedad supuestamente insana que el enfermo de neurastenia a quien debe tratar.[7] — El valor de los influjos agotadores subsiste con la limitación antes indicada; pero por cierto se abusa en exceso del factor del *surmenage*, que tan a menudo los médicos indican a sus pacientes como la causa de su neurosis. Es por completo verdadero que si alguien está predispuesto a la neurastenia por unos influjos sexuales nocivos, soportará mal el trabajo intelectual y los empeños psíquicos de la vida, pero nadie se volverá neurótico por obra del trabajo o de la irritación solamente. Antes bien, el trabajo intelectual es un medio protector frente a una eventual afección neurasténica; justamente los trabajadores intelectuales más perseverantes permanecen a salvo de la neurastenia, y lo que los neurasténicos inculpan de «exceso de trabajo enfermante» no merece en general, ni por su cualidad ni por su envergadura, ser reconocido como un «trabajo intelectual». Los médicos tendrán que acostumbrarse a dar al funcionario que se ha «agotado» en su oficina, o al ama de casa a quien las tareas hogareñas se le han vuelto demasiado pesadas, el esclarecimiento de que no han enfermado porque intentaran cumplir con sus deberes, en verdad livianos para un cerebro civilizado, sino porque entretanto han descuidado y estropeado groseramente su vida sexual.[8]

Sólo la etiología sexual, además, nos posibilita entender todos los detalles de los historiales clínicos neurasténicos, las enigmáticas mejorías en medio de la trayectoria de la enfermedad, así como los empeoramientos igualmente inexplicables que médicos y enfermos suelen relacionar con la terapia emprendida. En mi archivo de casos, que incluye más de doscientos, se registra la historia de un hombre que, no habiéndole servido de nada el tratamiento de su médico de cabecera, acudió al pastor Kneipp[9] y luego de ser aten-

7 [Elucidaciones mucho más amplias sobre esta cuestión aparecen en «La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna» (1908*d*) y en *El malestar en la cultura* (1930*a*). Se hallarán otras referencias en mi «Nota introductoria» a cada una de esas obras (*AE*, **9**, págs. 161-2, y **21**, págs. 61 y sigs.).]

8 [Se hacen algunas consideraciones acerca del exceso de trabajo o «*surmenage*» en el segundo de los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905*d*), *AE*, **7**, pág. 185, y en «Análisis terminable e interminable» (1937*c*), *AE*, **23**, pág. 228, *n*. 11.]

9 [Sebastian Kneipp (1821-1897), de Bad Wörishofen, en Suabia, era célebre por sus curas de agua fría y «naturales». Parte de su tratamiento consistía en hacer que el enfermo caminara descalzo

dido por él durante un año entero registró una extraordinaria mejoría en su padecimiento. Pero cuando un año después los achaques volvieron a reforzarse y buscó de nuevo auxilio en Wörishofen, esta segunda cura no tuvo éxito. Un vistazo a la crónica familiar de este paciente resuelve el doble enigma: seis meses y medio después del primer regreso de Wörishofen, la esposa del enfermo le dio un hijo: vale decir que la había dejado al comienzo de una gravidez todavía ignorada y a su regreso pudo mantener con ella un comercio sexual natural. Y cuando, trascurrido ese tiempo salubre, su neurosis se reavivó por tornar él a la práctica del *coitus interruptus*, la segunda cura hubo de resultar forzosamente infructuosa, pues el citado embarazo fue el último.

Un caso semejante, en que también se debía explicar un efecto inesperado de la terapia, resultó todavía más instructivo, pues contenía una enigmática alternancia en los síntomas de la neurosis. Un joven neurótico fue enviado por su médico a un reputado instituto de cura de aguas a causa de una neurastenia típica. Allí su estado mejoró más y más al comienzo, de modo que existían todas las perspectivas de dar de alta al paciente como agradecido partidario de la hidroterapia. Pero en la sexta semana sobrevino un vuelco; el enfermo «no toleró más el agua», se puso cada vez más nervioso y, por fin, pasadas otras dos semanas, abandonó el instituto sin haberse curado, y descontento. Cuando se me quejó por esa decepción terapéutica, yo averigüé un poco los síntomas que lo habían aquejado durante la cura. Asombrosamente, se había producido en ellos un cambio. Había ingresado en el instituto con presión intracraneana, fatiga y dispepsia; y los síntomas que lo perturbaron durante el tratamiento fueron: estado de irritación, ataques de opresión, vértigo al andar e insomnio. Entonces pude decir al enfermo: «Usted es injusto con la hidroterapia. Como usted mismo lo sabe muy bien, se ha enfermado a consecuencia de una masturbación continua durante largo tiempo. En el instituto resignó usted ese modo de satisfacción y por eso se recuperó con rapidez. Pero cuando se sintió bien, imprudentemente buscó unos vínculos con cierta dama, supongámosla también una paciente, que sólo podían llevar a la irritación sin satisfacción normal. Los hermosos paseos por los alrededores del instituto le brindaban harta oportunidad. Usted volvió a enfermar por estas relaciones,

sobre el pasto húmedo. El presente caso fue referido por Freud más sucintamente en su primer trabajo sobre la neurosis de angustia (1895*b*), *supra*, pág. 104.]

no porque repentinamente le sobreviniese una intolerancia a la hidroterapia. Y de su estado presente infiero, además, que ha proseguido en la ciudad esa misma relación». Puedo asegurar que el enfermo me corroboró esto punto por punto.

La terapia hoy usada para la neurastenia, tal como se la practica quizá de la manera más favorable en los institutos de cura de aguas, tiene por meta mejorar el estado nervioso mediante dos factores: protegerlo al paciente y fortalecerlo. Yo no sabría objetar otra cosa a esta terapia que su descuido de las condiciones sexuales del caso. Según mi experiencia, es en extremo deseable que los orientadores médicos de esos institutos tengan suficientemente en claro que no están ante víctimas de la civilización o de la herencia, sino —«*sit venia verbo*»—* ante tullidos de la sexualidad. Si tal hicieran, por una parte se explicarían mejor sus éxitos y sus fracasos, y por la otra obtendrían éxitos nuevos, hasta ahora librados al azar o a la conducta espontánea del enfermo. Si a una señora neurasténica angustiada se la aleja de su casa enviándola al instituto de cura de aguas, y allí, libre ella de toda obligación, se la hace bañarse, practicar gimnasia y alimentarse abundantemente, uno se inclinará a atribuir la mejoría (a menudo brillante) que así se alcanza en algunas semanas o meses al reposo de que la enferma ha gozado y al fortalecimiento que le aportó la hidroterapia. Puede ser; sin embargo, de ese modo se descuida que su alejamiento del hogar supuso para la paciente una interrupción del comercio conyugal, y que sólo esta temporaria remoción de la causa patógena le brinda la posibilidad de restablecerse con una terapia adecuada. La omisión de este punto de vista etiológico se venga con posterioridad, cuando el éxito terapéutico, tan satisfactorio en apariencia, se revela asaz pasajero. Poco tiempo después que la paciente se ha reintegrado a sus circunstancias de vida, se le vuelven a instalar los síntomas de la afección, y la constriñen de tiempo en tiempo a malgastar improductivamente en esos institutos una parte de su existencia, o bien la mueven a dirigir a otra parte sus esperanzas de curación. Resulta claro entonces que las tareas terapéuticas que la neurastenia requiere deben ser abordadas, no en los institutos de cura de aguas, sino dentro de las circunstancias vitales de los enfermos.

En otros casos, nuestra doctrina etiológica puede aportar al médico de sanatorio un esclarecimiento sobre la fuente de fracasos que se producen en el sanatorio mismo, y sugerirle cómo evitarlos. En muchachas adultas y hombres

* {«Perdón por mis palabras».}

maduros la masturbación es mucho más frecuente de lo que se suele suponer, y ejerce su nocividad no sólo mediante la producción de los síntomas neurasténicos, sino además por mantener a los enfermos bajo la presión de un secreto que sienten deshonesto. El médico no habituado a traducir neurastenia a masturbación se explica el estado patológico remitiéndose a lemas como anemia, alimentación insuficiente, *surmenage*, etc., y espera que con el empleo de la terapia concebida para tales males el enfermo ha de curar. Y bien, para su asombro, alternan en el enfermo épocas de mejoría con otras en que todos los síntomas empeoran en medio de una grave desazón. El desenlace de un tratamiento así es, en general, dudoso. Si el médico supiera que el enfermo ha luchado todo el tiempo con su hábito sexual, sabría arrebatarle su secreto, desvalorizar a sus ojos la gravedad de este, y apoyarlo en su lucha para deshabituarse; por esa vía se aseguraría el éxito de la terapia.

Ahora bien, deshabituar de la masturbación es sólo una de las nuevas tareas terapéuticas que impone al médico la consideración de la etiología sexual, y justamente ella, como cualquier otra deshabituación, parece solucionable sólo en un sanatorio y bajo permanente vigilancia del médico. Librado a sí mismo, el masturbador suele recaer, a cada contingencia desazonadora, en la satisfacción que le resulta cómoda. El tratamiento médico no puede proponerse aquí otra meta que llevar al neurasténico ahora fortalecido a un comercio sexual normal, pues a la necesidad sexual, una vez despierta y satisfecha durante cierto tiempo, ya no es posible imponerle silencio, sino sólo desplazarla hacia otro camino. Por lo demás, una puntualización enteramente análoga vale para todas las otras curas de abstinencia, que tendrán un éxito sólo aparente si el médico se conforma con sustraer al enfermo la sustancia narcótica, sin cuidarse de la fuente de la cual brota la imperativa necesidad de aquella. «Habituación» es un mero giro verbal sin valor de esclarecimiento; no todo el que ha tenido oportunidad de tomar durante un lapso morfina, cocaína, clorhidrato, etc., contrae por eso una «adicción» a esas cosas. Una indagación más precisa demuestra por lo general que esos narcóticos están destinados a sustituir —de manera directa o mediante unos rodeos— el goce sexual faltante, y cuando ya no se pueda restablecer una vida sexual normal, cabrá esperar con certeza la recaída del deshabituado.[10]

[10] [En las cartas a Fliess se encuentran muchas alusiones a la masturbación como fuente de la neurastenia; véase, por ejemplo, el Manuscrito B, del 8 de febrero de 1893 (Freud, 1950*a*), *AE*, **1**,

Otra tarea es la que plantea al médico la etiología de la neurosis de angustia, y consiste en mover al enfermo a que abandone todas las variedades nocivas del comercio sexual y adopte unos vínculos sexuales normales. Como bien se entiende, ello es deber sobre todo del médico de confianza del enfermo, de su médico de cabecera, quien inferirá grave daño a su cliente si considera que su respetabilidad le impide intervenir en esta esfera.

Puesto que en tales casos se trata la mayoría de las veces de parejas conyugales, el empeño del médico choca enseguida con las tendencias malthusianas a limitar el número de concepciones en el matrimonio. Me parece indudable que tales designios se difunden cada vez más en nuestras clases medias; me he encontrado con matrimonios que ya desde el primer hijo empezaron a practicar medidas anticonceptivas, y con otros cuyo comercio sexual pretendió atender a aquel propósito desde la misma noche de bodas. El problema del malthusianismo es vasto y complicado; no me propongo tratarlo aquí exhaustivamente, como en verdad haría falta para la terapia de las neurosis. Sólo quiero elucidar la mejor postura que podía adoptar frente a este problema un médico que reconociera la etiología sexual de las neurosis.

Lo peor sería, evidentemente, que pretendiera ignorar ese problema con cualquier pretexto. Nada que sea necesario y forzoso podría menoscabar nuestra dignidad médica, y aquí lo necesario es asistir con consejos médicos a un matrimonio que se propone limitar la concepción, toda vez que no se quiera dejar a merced de la neurosis a uno de los cónyuges o a ambos.[1] Es imposible poner en tela de juicio que prevenciones malthusianas se volverán indispensables alguna vez dentro de un matrimonio, y teóricamente sería uno de los máximos triunfos de la humanidad, una de las más sensibles liberaciones de la compulsión natural a que está sometida nuestra especie, que se elevara el acto responsable de la procreación hasta el nivel de una acción querida y deliberada, desentreverándolo de la satisfacción obligada de una necesidad natural.

El médico esclarecido se reservará entonces decidir las condiciones bajo las cuales se justifica el empleo de medidas anticonceptivas, y entre estas distinguirá las nocivas de las

pág. 219. Las puntualizaciones más completas de Freud sobre este tema son las de sus «Contribuciones para un debate sobre el onanismo» (1912*f*), donde se advierte que modificó muy poco las opiniones que sustentaba en esta época. Se hallarán otras referencias en mi «Nota introductoria» a ese trabajo (*AE*, **12**, págs. 249 y sigs.).]

inocuas. Nocivo es todo cuanto estorba que advenga la satisfacción; y bien, como es notorio, no poseemos por el momento ningún medio anticonceptivo que cumpla todos los razonables requisitos, es decir, que sea seguro, cómodo, y no menoscabe la sensación de placer en el coito ni lastime la delicadeza de la mujer. Aquí se plantea a los médicos una tarea práctica a cuya solución pueden aplicar sus fuerzas con promisorias perspectivas. Quien llene aquella laguna de nuestra técnica médica habrá preservado el goce de la vida para incontables personas y mantenido su salud, al tiempo que habrá iniciado una alteración profundísima en los estados de nuestra vida social.[11]

Con esto no se agotan las incitaciones que fluyen del discernimiento de una etiología sexual de las neurosis. El logro principal que podemos alcanzar en favor de los neurasténicos atañe a la profilaxis. Si la masturbación es la causa de la neurastenia en la juventud, y luego, por el aminoramiento de la potencia, que ella produce, cobra también significatividad etiológica para la neurosis de angustia, prevenir la masturbación en ambos sexos es una tarea que merece más atención de la que se le ha prestado hasta ahora. Si uno reflexiona sobre todos los efectos nocivos de la neurastenia, afección esta que, según se dice, se propaga cada vez más, discernirá un interés directamente comunitario en que *los varones entren con potencia plena en el comercio sexual*. Ahora bien, en materia de profilaxis el individuo tiene poca influencia. Es el conjunto social el que debe interesarse por estos asuntos y aprobar la creación de instituciones sancionadas por la comunidad. Por ahora seguimos alejadísimos de esa situación que prometería un remedio, y eso mismo torna lícito responsabilizar a nuestra civilización por la propagación de la neurastenia. [Cf. pág. 264.] Muchas cosas tendrían que cambiar. Es preciso quebrar la resistencia de una generación de médicos que ya no pueden acordarse de su propia juventud; debe vencerse la arrogancia de los padres que ante sus hijos no están dispuestos a descender al nivel de la comprensión humana, y hay que combatir el irracional pudor de las madres, a quienes hoy por lo general les parece una fatalidad inescrutable e inmerecida que «justamente sus hijos se hayan vuelto nerviosos». Pero, sobre todo, es necesario crear en la opinión

[11] [Freud volvió a tratar el problema del uso de anticonceptivos en «La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna» (1908*d*), *AE*, **9**, pág. 174. Ya lo había examinado varias veces en sus cartas a Fliess, desde fecha tan temprana como el 8 de febrero de 1893 (Freud, 1950*a*, Manuscrito B), *AE*, **1**, págs. 219-23.]

pública un espacio para que se discutan los problemas de la vida sexual; se debe poder hablar de estos sin ser por eso declarado un perturbador o alguien que especula con los bajos instintos. Y respecto de todo esto, resta un gran trabajo para el siglo venidero, en el cual nuestra civilización tiene que aprender a conciliarse con las exigencias de nuestra sexualidad.

El valor de una correcta separación diagnóstica entre las psiconeurosis y la neurastenia se muestra también en que las primeras reclaman una diversa apreciación práctica y particulares medidas terapéuticas. Las psiconeurosis aparecen bajo dos clases de condiciones: o de manera autónoma, o a la zaga de las neurosis actuales [12] (neurastenia y neurosis de angustia). En el segundo caso se está frente a un tipo nuevo, por lo demás muy frecuente, de neurosis mixta. La etiología de la neurosis actual se ha convertido en etiología auxiliar de la psiconeurosis; el resultado es un cuadro clínico que, por ejemplo, está dominado por la neurosis de angustia, pero también contiene rasgos de la neurastenia genuina, de la histeria y de la neurosis obsesiva. Mas sería incorrecto renunciar a una separación entre los diversos cuadros clínicos neuróticos por el hecho de presentarse mezclados, pues resulta fácil explicarse el caso de la siguiente manera: Que la neurosis de angustia se haya acusado hasta volverse predominante prueba que la enfermedad se ha generado bajo el influjo etiológico de una nocividad sexual actual. Ahora bien, el individuo en cuestión estaba además predispuesto a una o varias psiconeurosis en virtud de una etiología particular, y en algún momento habría contraído una psiconeurosis espontáneamente o por el agregado de algún otro factor debilitante. Y entonces, la etiología auxiliar que faltaba para la psiconeurosis fue provista por la etiología actual de la neurosis de angustia.[13]

Para tales casos se ha impuesto, con acierto, la práctica

[12] [Cf. *supra*, pág. 263*n*. Aunque este concepto es de antigua data, aquí se presenta la expresión por vez primera. El distingo entre las «neurosis actuales» y las psiconeurosis ya está implícito en la contribución de Freud a *Estudios sobre la histeria* (1895*d*), *AE*, **2**, págs. 265 y sigs., y se lo enuncia con más claridad en el segundo de los trabajos sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*), *supra*, pág. 168, donde a aquellas se las denomina «neurosis simples». En esta época, Freud solía designarlas «las neurosis» a secas. (Cf. la conferencia «Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos» (1893*h*), *supra*, pág. 40.) En una nota a pie de página de «Sobre el psicoanálisis "silvestre"» (1910*k*), *AE*, **11**, pág. 224, damos una serie de referencias posteriores.]

[13] [Esto ya había sido apuntado más sumariamente en el segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (1896*b*), *supra*, pág. 168.]

terapéutica de prescindir de los componentes psiconeuróticos en el cuadro clínico y tratar exclusivamente la neurosis actual. Y en muchísimos casos uno consigue enseñorearse también de la [psico]neurosis concomitante si contrarresta la neurastenia de manera adecuada. Sin embargo, reclaman apreciación diversa los casos de psiconeurosis que restan como secuela independiente luego de trascurrida una afección mixta de neurastenia y psiconeurosis, o que aparecen de manera espontánea. Cuando hablo de aparición «espontánea» de una psiconeurosis, no quiero decir que en la exploración anamnésica se echaría de menos todo factor etiológico. Podría ocurrir eso, pero también que se sindicara a un factor indiferente, una emoción, un debilitamiento por enfermedad somática, etc. Sin embargo, en todos esos casos, sin excepción, se comprueba que la etiología genuina de las psiconeurosis no se sitúa en tales ocasionamientos; permanece inasible para una anamnesis realizada de la manera habitual.

Como es notorio, esta laguna es la que se ha intentado llenar mediante el supuesto de una predisposición neuropática particular, que si existiera no dejaría por cierto muchas perspectivas de éxito para una eventual terapia de tales estados patológicos. La predisposición neuropática misma es concebida como signo de una degeneración general, y así este cómodo expediente verbal se usa en demasía contra los pobres enfermos a quienes los médicos son impotentes para socorrer. La predisposición neuropática existe, en efecto, pero yo dudo de que baste para producir la psiconeurosis. Y cuestiono, además, que la conjugación de una predisposición neuropática con unas causas ocasionadoras, sobrevenidas en el curso de la vida, pudiera constituir una etiología suficiente para las psiconeurosis. Se ha ido demasiado lejos en la reconducción de los destinos patológicos del individuo a las vivencias de sus antepasados, olvidando que entre la concepción y la madurez vital se extiende un largo y sustantivo trecho, la infancia, en que pueden adquirirse los gérmenes de una posterior afección. Es lo que de hecho sucede en el caso de las psiconeurosis. Su etiología eficiente está en vivencias de la infancia, y también aquí ciertamente —y de manera exclusiva—, en impresiones que afectan la vida sexual. Uno yerra al descuidar por completo la vida sexual de los niños; hasta donde alcanza mi experiencia, ellos son capaces de todas las operaciones sexuales psíquicas, y de muchas somáticas. Así como no es cierto que los genitales exteriores y ambas glándulas genésicas constituyan todo el aparato sexual del ser humano, tampoco su vida sexual empieza sólo con la pubertad, como pudiera pa-

recer a la observación grosera. Es verdad, empero, que la organización y el desarrollo de la especie humana aspiran a evitar un quehacer sexual más vasto en la infancia: se diría que las fuerzas pulsionales sexuales deben almacenarse en el ser humano para que, liberadas en la época de la pubertad, puedan servir luego a grandes fines culturales (W. Fliess). A partir de estos nexos acaso se comprenda por qué unas vivencias sexuales de la infancia forzosamente tendrán un efecto patógeno. Pero sólo en mínima medida despliegan su efecto en la época en que se producen; mucho más sustantivo es su *efecto retardado* {*nachträglich*}, que sólo puede sobrevenir en períodos posteriores de la maduración. Este efecto retardado arranca, como no podría ser de otro modo, de las huellas psíquicas que las vivencias sexuales infantiles han dejado como secuela. En el intervalo entre vivenciar estas impresiones y su reproducción (o, más bien, el reforzarse los impulsos libidinosos que de aquellas parten), no sólo el aparato sexual somático sino también el aparato psíquico ha experimentado una sustantiva plasmación, y por eso a la injerencia de esas vivencias sexuales tempranas sigue ahora una reacción psíquica anormal: se generan formaciones psicopatológicas.

En estos apuntes, yo sólo podría indicar los principales factores en que se apoya la teoría de las psiconeurosis: el efecto retardado, el estado infantil del aparato genésico y del instrumento anímico. Para alcanzar una efectiva inteligencia del mecanismo a través del cual se generan las psiconeurosis harían falta unas puntualizaciones más extensas; sobre todo, sería inevitable adoptar como verosímiles ciertos supuestos sobre la composición y el modo de trabajo del aparato psíquico, supuestos que me parecen novedosos.

En un libro que estoy preparando sobre «interpretación de los sueños», tendré oportunidad de tocar esos fundamentos de una psicología de las neurosis. Y es que el sueño pertenece a la misma serie de formaciones psicopatológicas que la idea fija histérica, la representación obsesiva y la idea delirante.[14]

Como los fenómenos de las psiconeurosis se generan por el efecto retardado de unas huellas psíquicas inconcientes, sólo serán asequibles para una psicoterapia que en esto debe transitar otros caminos que los de la sugestión con o sin hipnosis, únicos hasta ahora recorridos. Basándome en el

[14] [*La interpretación de los sueños* (1900*a*), que apareció menos de dos años después del presente artículo, incluyó en su capítulo VII la primera publicación de las concepciones de Freud sobre la estructura y funcionamiento del aparato psíquico.]

método «catártico» indicado por J. Breuer, he llegado a desarrollar casi por completo en los últimos años un procedimiento terapéutico que llamaré «psicoanalítico»; le debo ya numerosos éxitos, y me es lícito esperar que acrecentaré todavía considerablemente su eficacia. En mis *Estudios sobre la histeria* (en colaboración con J. Breuer), publicados en 1895, se dieron las primeras comunicaciones sobre la técnica y el alcance del método. Desde entonces, tengo derecho a aseverarlo, es mucho lo que se lo ha perfeccionado. Si en ese tiempo nosotros declarábamos con modestia poder abordar sólo la eliminación de síntomas histéricos, no la curación de la histeria misma,[15] este distingo se me ha revelado después evidentemente vacío, y en consecuencia se me ha abierto la perspectiva de una curación efectiva de la histeria y de las representaciones obsesivas. Por eso me interesaba vivamente leer en las publicaciones de colegas: «En este caso ha fracasado el ingenioso procedimiento inventado por Breuer y Freud», o «El método no ha cumplido lo que parecía prometer». Ante eso me sentía como un hombre que hallara en los periódicos su nota necrológica, pudiendo él estar tranquilo con su mejor conocimiento de los hechos. En efecto, el procedimiento es tan difícil que decididamente es preciso aprenderlo; y no puedo acordarme de que alguno de mis críticos quisiera aprenderlo de mí, y ni creo tampoco que se empeñara con la misma intensidad que yo para descubrirlo por sí solo. Las puntualizaciones contenidas en *Estudios sobre la histeria* de ninguna manera alcanzan para posibilitar al lector el dominio de esta técnica, ni se proponen semejante instrucción total.

La terapia psicoanalítica no es por el momento de aplicación universal; tengo noticia de las siguientes limitaciones: Exige cierto grado de madurez e intelección en el enfermo, y por eso es inepta para personas infantiles o adultos imbéciles o incultos. No sirve para personas demasiado ancianas, pues les demandaría un tiempo excesivo en proporción al material acumulado, de suerte que la terminación de la cura caería en un período de la vida en que la salud nerviosa ya deja de tener valor. Por último, sólo es posible cuando el enfermo tiene un estado psíquico normal desde el cual se pueda dominar el material patológico. Nada se consigue con los recursos del psicoanálisis durante una confusión histérica, una manía o melancolía interpoladas. Sin embargo, estos casos pueden ser sometidos a

[15] [Véanse las oraciones finales de la conferencia «Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos» (1893*b*), *supra*, pág. 40.]

nuestro procedimiento después que con las medidas habituales se han apaciguado los fenómenos tormentosos. En la práctica, los casos de psiconeurosis tolerarán mejor el método que los casos de crisis agudas, en que el centro de gravedad se sitúa naturalmente en la rapidez de la tramitación. De ahí que las fobias histéricas y las diversas formas de la neurosis obsesiva constituyan el más propicio campo de trabajo para esta nueva terapia.

Que el método esté encerrado dentro de esos límites se explica en buena parte por las constelaciones bajo las cuales se vio precisado a constituirse. Es que mi material son neuróticos crónicos de los estamentos más cultos. Considero muy posible que se puedan desarrollar procedimientos complementarios para niños y para el público que demanda asistencia en los hospitales. Tengo que señalar también que hasta ahora he probado mi terapia exclusivamente en casos graves de histeria y de neurosis obsesiva. No sé indicar cómo se plasmaría en aquellas afecciones leves que vemos desembocar en una curación al menos aparente tras una terapia cualquiera, aplicada durante pocos meses. Como bien se comprende, un tratamiento nuevo, que reclama muchos sacrificios, sólo puede contar con aquellos enfermos que ya han ensayado infructuosamente los métodos terapéuticos conocidos o cuyos estados permiten inferir que nada tendrían que esperar de esas terapias supuestamente más cómodas y breves. Así pues, me vi precisado a abordar desde el principio las más difíciles tareas con un instrumento inacabado; y por eso su prueba resultó tanto más convincente.

Las dificultades esenciales que todavía hoy se oponen al método terapéutico psicoanalítico no residen en él mismo, sino en la incomprensión de médicos y legos sobre la esencia de las psiconeurosis. Y no es más que el necesario correlato de esta total ignorancia que los médicos se consideren autorizados a consolar a sus enfermos, o a recomendarles unas medidas terapéuticas, con las más infundadas seguridades: «Intérnese por seis semanas en mi instituto y se librará de sus síntomas« (angustia a los viajes, representaciones obsesivas, etc.). De hecho, el sanatorio es indispensable para sosegar estados agudos en la trayectoria de una psiconeurosis, por medio de la distracción, cuidado y preservación del enfermo; pero en cuanto a eliminar estados crónicos, no logra nada, y aun los mejores sanatorios, bajo supuesta guía científica, no consiguen más que los vulgares institutos de cura de aguas.

Sería más digno, y más llevadero para el enfermo —quien

en definitiva lo paga con sus penas—, que el médico declarara la verdad tal como cotidianamente la conoce: las psiconeurosis, como género patológico, en modo alguno son afecciones leves. Una vez que una histeria comienza, nadie puede saber de antemano cuándo terminará. Las más de las veces uno se consuela en vano profetizando: «Algún día, de pronto, se pasará». Asaz a menudo la curación revela ser un mero pacto de recíproca tolerancia entre lo sano y lo enfermo del paciente, o sobreviene por el camino de la trasmudación de un síntoma en una fobia. La histeria de la muchacha soltera, trabajosamente apaciguada, reaparece, tras la breve interrupción que le procuró la dicha conyugal recién estrenada, en la histeria de la esposa, sólo que ahora es otra persona, el marido, quien por interés propio callará sobre la afección. Toda vez que a consecuencia de la enfermedad no se llega a una manifiesta incapacidad para existir, casi nunca faltan los menoscabos al libre despliegue de las fuerzas anímicas. Las representaciones obsesivas retornan durante toda la vida; las fobias y otras limitaciones de la voluntad no han podido ser influidas hasta ahora por ninguna terapia. Los legos nada saben de todo esto, y por eso el padre de una hija histérica se espanta si debe dar su aquiescencia, por ejemplo, a un tratamiento de un año, cuando acaso la enfermedad sólo ha durado unos meses. El lego está, por así decir, profunda e íntimamente convencido de lo superfluo de todas estas psiconeurosis, y por eso no muestra paciencia alguna hacia el curso de la enfermedad ni está dispuesto a sacrificios en aras de la terapia. Si su comportamiento es razonable frente a una afección de tifus, que dura tres semanas, o a la fractura de una pierna, cuyo restablecimiento reclama unos seis meses; si la prosecución de unas medidas ortopédicas durante varios años le parece comprensible tan pronto como aparecen los primeros signos de una deformación de la columna vertebral en su hijo, esta diferencia se debe a la mejor inteligencia del médico, quien trasfiere su saber al lego en honrada comunicación. La sinceridad de los médicos y el acatamiento de los legos se establecerán también para las psiconeurosis cuando se convierta en patrimonio común de los primeros la intelección sobre la esencia de estas afecciones. Su tratamiento psicoterapéutico radical reclamará siempre una particular instrucción y será incompatible con el ejercicio de otra actividad médica. A cambio, para esta clase de médicos, sin duda numerosa en el futuro, despunta la oportunidad de obtener unos logros gloriosos y una satisfactoria intelección sobre la vida anímica de los seres humanos.

# Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria
(1898)

# Nota introductoria

## «Zum psychischen Mechanismus der Vergesslichkeit»

*Ediciones en alemán*

1898 *Mschr. Psychiat. Neurol.*, **4**, nº 6, págs. 436-43. (Diciembre.)
1952 *GW*, **1**, págs. 519-27.

*Traducción en castellano* *

1956 «Sobre el mecanismo psíquico del olvido». *SR*, **22**, págs. 477-83. Traducción de Ludovico Rosenthal.

El episodio sobre el cual versa este trabajo tuvo lugar durante el viaje que hizo Freud a la costa del Adriático en setiembre de 1898. Al retornar a Viena, envió a Fliess una síntesis de ese episodio en la carta del 22 de setiembre (Freud, 1950*a*, Carta 96), y días más tarde (27 de setiembre, *ibid.*, Carta 97) le informaba haber remitido el artículo a la revista en que al poco tiempo apareció. Fue este el primer relato publicado de una operación fallida, y Freud lo tomó como base para el capítulo inicial de la obra en que trató, con mayor amplitud, ese tema: *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*); en nuestra «Introducción» a dicha obra (*AE*, **6**, pág. 6) nos ocupamos más extensamente de la cuestión. El presente trabajo sólo fue reimpreso en alemán con posterioridad a la muerte de Freud, más de cincuenta años después de su primera publicación. Teniendo en cuenta lo que apunta el autor al comienzo de *Psicopatología de la vida cotidiana* (*ibid.*, pág. 9), se ha dado por sentado, en general, que el presente texto no fue sino un borrador preliminar de la versión definitiva inclui-

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n*. 6.}

da luego en ese libro. No obstante, una comparación de los dos textos muestra que sólo los lineamientos principales son los mismos; el hilo de la argumentación sigue aquí una trayectoria diferente, y en uno o dos puntos el material es más amplio.

James Strachey

Sin duda, todos han vivenciado en sí mismos u observado en otros el fenómeno de la desmemoria, que yo quiero aquí describir y luego esclarecer. Ataca de preferencia el uso de nombres propios —*nomina propria*— y se exterioriza de la siguiente manera: en el contexto de una plática uno se ve precisado a confesar a su interlocutor que no puede hallar cierto nombre del que quería valerse, y le pide su ayuda —infructuosa las más de las veces—: «¿Cómo se llama, pues,...? Es un nombre tan conocido... Lo tengo en la punta de la lengua; en un instante se me ocurrirá». Y bien, una excitación de inequívoco enojo, semejante a la de los afásicos motores, acompaña los ulteriores empeños por hallar el nombre del cual uno tiene la sensación de haber dispuesto un momento antes. En los casos apropiados, hay dos fenómenos colaterales dignos de nota. El primero, que el enérgico empeño voluntario de aquella función que llamamos atención se muestra impotente para recuperar el nombre perdido mientras ese empeño prosigue. El segundo, que a cambio del nombre buscado acude enseguida otro que es discernido como incorrecto y desestimado, no obstante lo cual retorna de continuo. O bien uno halla en su memoria, en lugar de un nombre sustitutivo, unas letras o una sílaba que reconoce como integrantes del nombre buscado. Uno se dice, por ejemplo: «Empieza con *B*». Cuando por un camino cualquiera se logra al fin averiguar el nombre, en la inmensa mayoría de los casos se comprueba que no empezaba con *B* ni contenía en ninguna parte esa letra.[1]

El mejor procedimiento para apoderarse del nombre buscado consiste, como es sabido, en «no pensar en él», vale decir, distraer de la tarea la parte de la atención sobre la cual se dispone a voluntad. Pasado un rato, el nombre buscado se le «descerraja» a uno; imposible abstenerse de proferirlo en voz alta, para gran asombro del interlocutor,

[1] [Esto se amplía un poco en *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*), *AE*, **6**, págs. 58-9.]

quien ya ha olvidado el episodio y participó muy poco en los empeños del hablante. «No tiene importancia el nombre. Siga usted adelante», suele manifestar aquel. Durante todo el tiempo previo al desenlace, y aun luego de la distracción deliberada, uno se siente preocupado en una medida que el interés intrínseco del asunto de hecho no esclarece.[2]

En algunos casos de olvido de nombres que yo mismo he vivenciado, pude explicarme por medio de análisis psíquico el proceso en ellos sobrevenido. Quiero informar en detalle sobre el más simple y trasparente de esos casos.

Cierta vez, durante las vacaciones de verano, emprendí un viaje en coche desde la bella Ragusa[3] hacia una ciudad cercana, de Herzegovina; la plática con mi compañero tocó, como es fácil de comprender, el estado de ambos países (Bosnia y Herzegovina)[4] y el carácter de sus habitantes. Le conté acerca de diversas peculiaridades de los turcos que allí viven, tal como se las había oído describir años antes a un colega que residió largo tiempo entre ellos como médico. Al rato nuestra conversación recayó sobre Italia y sobre cuadros, y tuve ocasión de recomendar vivamente a mi compañero ir alguna vez a Orvieto para contemplar allí los frescos del fin del mundo y del Juicio Final, con los que un gran pintor adornó una de las capillas de la Catedral. Pero el nombre del pintor se me pasó de la memoria, y no podía recuperarlo. Esforcé mi memoria; hice desfilar ante mi recuerdo todos los detalles del día pasado en Orvieto, convenciéndome así de que ni el menor de ellos se había borrado u oscurecido. Al contrario, pude representarme los cuadros con mayor vividez sensorial de la que soy capaz comúnmente;[5] y con particular nitidez tenía ante mis

[2] Tampoco lo esclarecería el eventual sentimiento de displacer que produciría sentirse inhibido en una acción psíquica.

[3] [La actual Dubrovnik, ciudad de la Dalmacia situada sobre la costa del Adriático. El compañero de viaje de Freud fue un abogado berlinés apellidado Freyhau (Freud, 1950*a*, Carta 96).]

[4] [Comarcas lindantes con la Dalmacia, que antes de 1914 formaron parte del imperio austro-húngaro. Por sus nexos geográficos e históricos era habitual mencionarlas juntas, como constituyendo una unidad («Bosnia-Herzegovina»).]

[5] [Freud pone en primer plano aquí la observación de que, cuando un recuerdo ha sido reprimido, a menudo emerge en la conciencia, *con inusual vividez*, la imagen de algo nimio e irrelevante que no es el recuerdo reprimido mismo pero está estrechamente conectado con él. Se menciona otro caso al final del presente artículo (pág. 288), y uno similar en «Sobre los recuerdos encubridores» (1899*a*), *infra*, pág. 307. En una nota a pie de página de *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*), *AE*, **6**, pág. 20, *n.* 7,

ojos el autorretrato del pintor —el rostro severo, las manos entrelazadas—, que él había realizado en un ángulo de uno de los cuadros junto al retrato de su predecesor en el trabajo, Fra Angelico da Fiesole; pero el nombre del artista, tan usual para mí, se me escondía con obstinación. Mi compañero de viaje no pudo ayudarme; mis continuados empeños no tuvieron más resultado que hacer aflorar otros dos nombres de artistas, que yo empero sabía que no podían ser los correctos: *Botticelli* y, en segunda línea, *Boltraffio*.[6] El retorno del grupo fónico «*Bo*» en ambos nombres sustitutivos acaso indujera a un inexperto a conjeturar que pertenecería también al nombre buscado; pero yo me guardé bien de admitir esa expectativa.

Como durante el viaje no tuve acceso a libros de consulta, debí sobrellevar esta ausencia de recuerdo y el martirio interior a ella conectado, que retornaba varias veces cada día; hasta que topé con un italiano culto que me liberó comunicándome el nombre: *Signorelli*. Pude entonces agregar por mí mismo el nombre de pila, *Luca*. El recuerdo hipernítido de los rasgos faciales del maestro, pintados por él sobre su cuadro, empalideció pronto.

Ahora bien, ¿qué influjos me habían hecho olvidar el nombre de *Signorelli*, que me era tan familiar y que tan fácilmente se imprime en la memoria? ¿Y qué caminos habían llevado a su sustitución por los nombres de *Botticelli* y *Boltraffio*? Para esclarecer ambas cosas me bastó remontarme un poco a las circunstancias en que se produjo el olvido.

Poco antes de pasar al tema de los frescos de la Catedral de Orvieto, yo había narrado a mi compañero de viaje lo que años antes había oído de mi colega sobre los turcos de Bosnia. Tratan ellos al médico con particular respeto y, en total oposición a nuestro pueblo, se muestran resignados ante los decretos del destino. Si el médico se ve obligado a comunicar al padre de familia que uno de sus allegados morirá fatalmente, su réplica es: «*Herr* {Señor}, no hay nada más que decir. ¡Yo sé que si se lo pudiera salvar, lo habrías salvado!». Vecino a esta historia descansaba

Freud sugiere una explicación para este fenómeno; y en ese mismo volumen se incluyen otros ejemplos agregados en 1907 y 1920, respectivamente (*ibid.*, págs. 259 y 46-7). En uno de sus últimos trabajos, «Construcciones en el análisis» (1937*d*), *AE*, **23**, págs. 267-8, Freud retoma una vez más esta cuestión y la vincula con el problema general de las alucinaciones. En todos estos ejemplos, la palabra alemana empleada es «*überdeutlich*» {«hipernítido»}.]

[6] El primero de estos nombres me es muy familiar; en cambio, al segundo apenas lo he utilizado.

en mi memoria otro recuerdo, a saber: mi colega me contó sobre la importancia, superior a cualquier otra cosa, que estos bosnios conceden a los goces sexuales. Uno de sus pacientes le dijo cierta vez: «Sabes tú, *Herr*, cuando *eso* ya no ande, la vida perderá todo valor». Y en aquel momento nos pareció que cabía suponer un nexo íntimo entre los dos rasgos de carácter, aquí elucidados, del pueblo bosnio. Pero cuando durante el viaje a Herzegovina recordé este relato, sofoqué lo segundo, donde se tocaba el tema de la sexualidad. Poco después se me pasó de la memoria el nombre de *Signorelli* y acudieron en sustitución los nombres de *Botticelli* y *Boltraffio*.

El influjo que había vuelto inasequible para el recuerdo el nombre de *Signorelli*, o que lo había «reprimido» {esforzado al desalojo}, como yo tengo el hábito de decir, sólo podía partir de aquella historia sofocada sobre la valoración de muerte y goce sexual. Y si así era, se debían comprobar las representaciones intermedias que habían servido para el enlace entre ambos temas. El parentesco de contenido —el «Juicio Final» aquí, muerte y sexualidad allí— parece desdeñable; como se trataba del esfuerzo de desalojo de un nombre de la memoria, en principio era probable que el enlace se hubiera producido entre nombre y nombre. Ahora bien, «*Signor*» significa «*Herr*» {señor}; y «*Herr*» se reencuentra también en el nombre de «*Herzegovina*». Además, no carecía de gravitación que ambos dichos de los pacientes, que yo hube de recordar, contuvieran «*Herr*» como forma de dirigirse al médico. La traducción «*Signor*», para «*Herr*», fue entonces el camino siguiendo el cual la historia por mí sofocada había atraído en pos de ella, a la represión, el nombre que yo buscaba. El proceso entero fue facilitado, evidentemente, por el hecho de que en Ragusa yo hablé todo el tiempo en italiano, es decir, me había habituado a traducir en mi mente del alemán al italiano.[7]

Y entonces, cuando me empeñaba en recuperar el nombre del pintor, en llamarlo para que volviera de la repre-

[7] Se dirá: «¡Una explicación rebuscada, retorcida!». Y, en verdad, es forzoso que produzca esa impresión, pues el tema sofocado quiere establecer por todos los medios la conexión con el no sofocado, y para ello ni siquiera desdeña el camino de la asociación externa. Una situación compulsiva semejante a la que se enfrenta para hallar una rima. [El constreñimiento a que está sujeta la construcción de un verso rimado fue descrito en *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, pág. 346. — Por «asociación externa» se entiende aquí una asociación superficial basada en la homofonía, sin nexo de significado.]

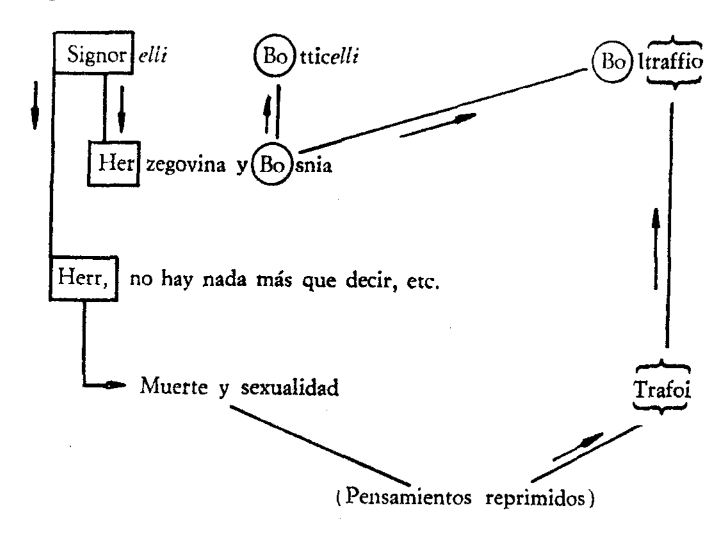
sión, no pudo menos que cobrar vigencia la ligazón en que aquel había entrado mientras tanto. Hallé, sí, unos nombres de artistas, mas no los correctos, sino unos desplazados {descentrados}; y la línea de plomada del desplazamiento estaba dada por los nombres contenidos en el tema reprimido. «Botti*celli*» contiene las mismas sílabas finales que «Signor*elli*»; vale decir, habían sido recuperadas las sílabas finales, que no podían anudar, como el fragmento inicial «*Signor*», una referencia directa al nombre de Herzegovina; y también el nombre de «Bosnia», que de manera regular se enlaza con el de Herzegovina, había mostrado su influjo guiando la sustitución hacia dos nombres de artistas que empiezan con la misma «*Bo*»: *Bo*tticelli, y luego *Bo*ltraffio. De esta suerte, el hallazgo del nombre de Signorelli resultaba perturbado por el tema que tras él yacía, dentro del cual entraban en escena los nombres de Bosnia y Herzegovina.

Para que este tema pudiera exteriorizar tales efectos no habría bastado con que yo lo sofocara en algún momento de la plática, para lo cual eran por cierto decisivos unos motivos contingentes. Más bien será preciso suponer que, a su turno, ese tema posee íntima conexión con unas ilaciones de pensamiento que en mí se encuentran en el estado de la represión; es decir que, no obstante la intensidad del interés que sobre ellas recae, tropiezan con una resistencia que las mantiene apartadas de su procesamiento por una cierta instancia psíquica y, así, de la conciencia. Que por aquel tiempo las cosas estuvieran efectivamente de ese modo en mi interior con relación al tema «muerte y sexualidad», es algo de lo cual tengo muchas pruebas por mi autoexploración, y no necesito consignarlas en este lugar. Pero puedo llamar la atención sobre un efecto que parte de estos pensamientos que se encuentran en la represión. La experiencia me ha enseñado a reclamar que para cada resultado psíquico se deba presentar su esclarecimiento pleno y aun su sobredeterminación, y ahora me parece que el segundo nombre sustitutivo, «Boltraffio», del que hasta ahora sólo las primeras letras se justificaron por su asonancia con «Bosnia», pide una determinación ulterior. Y a raíz de esto me acuerdo de que en ninguna época me preocuparon más tales pensamientos reprimidos que unas semanas antes, después que yo hube recibido cierta noticia.[8] El lugar donde me alcanzó esa noticia se llama «Trafoi», y este nombre

[8] [La del suicidio de uno de sus pacientes «a causa de una incurable perturbación sexual»; cf. *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*), *AE*, 6, pág. 11. — Trafoi es una aldea del Tirol.]

es demasiado semejante a la segunda mitad del nombre «Boltraffio» para no haber ejercido un influjo de comando sobre la elección de este. Se podría ensayar un pequeño esquema para las relaciones que ahora se han puesto en claro [véase la figura 1].

Figura 1.




Quizá no esté desprovisto, en sí, de interés poder penetrar el proceso de un suceso psíquico de esta clase, que se incluye entre las perturbaciones mínimas en el dominio del aparato psíquico y es conciliable con una salud psíquica no turbada en lo demás. Pero el ejemplo aquí elucidado gana muchísimo en interés cuando uno se entera de que es posible considerarlo directamente como un modelo de los procesos patológicos a que deben su génesis los síntomas psíquicos de las psiconeurosis —histeria, representar obsesivo y paranoia—. Aquí como allí, los mismos elementos, e idéntico juego de fuerzas entre estos. De igual manera, y por medio de unas asociaciones de parecida superficialidad, una ilación de pensamiento reprimida se apodera en la neurosis de una impresión reciente inofensiva, y la atrae hacia abajo, junto a ella, a la represión. El mismo mecanismo que desde «Signorelli» hace generarse los nombres sustitutivos «Botticelli» y «Boltraffio», la sustitución por representaciones intermedias o de compromiso, gobierna también la formación de los pensamientos obsesivos y de los espejismos paranoicos del recuerdo. La aptitud de un caso así de des-

memoria para desprender un displacer que perdura hasta el momento de la tramitación, aptitud ininteligible en general y que mi interlocutor de hecho no entendió [pág. 282], halla su plena analogía en la manera en que unas masas de pensamientos reprimidos adhieren su capacidad afectiva a un síntoma cuyo contenido psíquico aparece a nuestro juicio como de todo punto inadecuado para semejante desprendimiento de afecto. Y, por último, que la tensión íntegra se solucione cuando un extraño comunica el nombre correcto es un buen ejemplo de la eficacia de la terapia psicoanalítica, que aspira a enderezar las represiones y los desplazamientos, y elimina el síntoma mediante la reintroducción del objeto psíquico genuino.[9]

Entre los múltiples factores que concurren para producir una flaqueza de memoria o una ausencia de recuerdo no se puede omitir, por tanto, la parte que desempeña la represión, que empero es comprobable no sólo en neuróticos, sino también, de una manera cualitativamente semejante, en seres humanos normales. Cabe aseverarlo con total universalidad: la facilidad —y en definitiva también la fidelidad— con que evocamos en la memoria cierta impresión no depende sólo de la constitución psíquica del individuo, de la intensidad de la impresión en el momento en que era reciente, del interés que entonces se le consagró, de la constelación psíquica presente, del interés que ahora se tenga en evocarla, de los enlaces en que la impresión fue envuelta {*einbeziehen*}, etc., sino que depende además del favor o disfavor de un factor psíquico particular, que se mostraría renuente a reproducir algo que desprendiera displacer o pudiera llevar, en ulterior consecuencia, a un desprendimiento de displacer. La función de la memoria, que tendemos a representarnos como un archivo abierto a todos los curiosos {*Wissbegierig*}, es menoscabada de este modo por una tendencia de la voluntad, lo mismo que cualquier pieza de nuestro actuar dirigido al mundo exterior. La mitad del secreto de la amnesia histérica se descubre diciendo que los histéricos no saben qué es lo que no *quieren* saber; y la cura psicoanalítica, que por su propio camino se empeña en llenar esas lagunas del recuerdo, llega a inteligir que una cierta resistencia contrarresta la devolución de cada uno de esos recuerdos perdidos, y que es preciso com-

[9] [Una comparación entre el mecanismo de las operaciones fallidas y el de los síntomas neuróticos fue esbozada por Freud en su carta a Fliess del 26 de agosto de 1898 (Freud, 1950*a*, Carta 94), que he citado en mi «Introducción» a *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*), *AE*, **6**, págs. 5-6 y *n*. 4.]

pensar su magnitud mediante un trabajo. Respecto de los procesos psíquicos que son en conjunto normales no se puede sostener, desde luego, que el influjo de este factor partidista sobre la reanimación mnémica venza de alguna manera regular a todos los otros factores intervinientes.[10]

Acerca de la naturaleza tendenciosa de nuestro recordar y olvidar he vivenciado no hace mucho un ejemplo instructivo, por delatador, que me gustaría comunicar ahora. Me había propuesto visitar por veinticuatro horas a un amigo que desdichadamente vive muy lejos de mi lugar de residencia, y me inundaban las cosas que iba a comunicarle. Pero antes me sentí obligado a visitar a cierta familia amiga en Viena, uno de cuyos integrantes se había radicado en aquella otra ciudad, a fin de llevar saludos y mensajes al ausente. Me dijeron el nombre de la pensión donde aquel vivía, el nombre de la calle y el número de la casa, y considerando mi mala memoria escribieron la dirección en una tarjeta que yo guardé en mi cartera. Al día siguiente, llegado ya a casa de mi amigo, principié: «Sólo tengo que cumplir un deber que pueda perturbar nuestro encuentro; una visita que quiero despachar primero. Tengo la dirección en mi tarjetero». Para mi asombro, no la encontré ahí. Entonces me vi remitido a mi memoria. Mi memoria para los nombres no es particularmente buena, pero de todos modos es incomparablemente mejor que para las cifras y números. Si durante todo un año acudo como médico a determinada casa, suelo turbarme por no acordarme del número cuando es un cochero nuevo quien debe conducirme. Pero en este caso había tomado nota justamente del número de la casa: era hipernítido [cf. pág. 282, *n.* 5], como por burla; pero ni rastros de los nombres de la calle y de la pensión. De los datos de la dirección había olvidado todo cuanto habría podido servir de asidero para hallar la pensión aquella, reteniendo solamente, contra lo habitual en mí, el número inútil. Así, no pude hacer esa visita, me

10 Sería equivocado creer que el mecanismo revelado en el texto vale sólo para casos raros. Más bien es muy frecuente. Por ejemplo: Cierta vez que yo quise narrar a un colega este mismo pequeño episodio, de pronto se me pasó de la memoria el nombre de la persona que me contó las historias de Bosnia. Solución: Inmediatamente antes yo había jugado a las cartas. El informante se llama *Pick*; «*Pick*» y «*Herz*» {«pique» y «corazón»} son dos de los cuatro palos de la baraja, conectados además por una pequeña anécdota en que la persona en cuestión se señala a sí misma y luego dice: «No me llamo *Herz*; me llamo *Pick*». Y «*Herz*» reaparece en el nombre de «*Herzegovina*». El *Herz* {corazón} desempeñaba también un papel, como órgano enfermo, en los pensamientos que llamé reprimidos.

consolé con llamativa rapidez y me consagré por entero a mi amigo. De regreso a Viena, y ya ante mi mesa de escritorio, supe hallar de primera intención el lugar donde «distraídamente» había guardado la tarjeta con la dirección. En ese ocultamiento inconciente había actuado el mismo propósito que en mi olvido singularmente modificado.[11]

[11] [Se narra esta anécdota más sucintamente en una nota a pie de página de *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*), *AE*, **6**, pág. 20, *n*. 7.]

# Sobre los recuerdos encubridores
(1899)

# Nota introductoria

## «Über Deckerinnerungen»

*Ediciones en alemán*

1899 *Mschr. Psychiat. Neurol.*, **6**, nº 3, págs. 215-30. (Setiembre.)
1925 *GS*, **1**, págs. 465-88.
1952 *GW*, **1**, págs. 531-54.

*Traducciones en castellano* *

1928 «Los recuerdos encubridores». *BN* (17 vols.), **12**, págs. 263-85. Traducción de Luis López-Ballesteros.
1943 Igual título. *EA*, **12**, págs. 265-87. El mismo traductor.
1948 Igual título. *BN* (2 vols.), **1**, págs. 157-67. El mismo traductor.
1953 Igual título. *SR*, **12**, págs. 205-22. El mismo traductor.
1967 Igual título. *BN* (3 vols.), **1**, págs. 157-66. El mismo traductor.
1972 Igual título. *BN* (9 vols.), **1**, págs. 330-41. El mismo traductor.

En una carta inédita enviada a Fliess el 25 de mayo de 1899, Freud le comunicaba haber remitido este artículo ese día al director de la revista en que aparecería luego, en setiembre del mismo año. Agregaba que su redacción le había producido un inmenso goce, lo cual, para él, era un mal presagio sobre el destino futuro que tendría el texto.

Aquí se introduce por primera vez el concepto de «recuerdo encubridor», llevado a primer plano, sin duda, por la consideración del particular episodio sobre el que versa la mayor parte del artículo, y al que Freud había aludido

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n.* 6.}

en su carta a Fliess del 3 de enero de 1899 (Carta 101), *AE*, **1**, pág. 318. Pero el tema se vinculaba estrechamente a varios otros que venían ocupando su pensamiento en los últimos meses —en verdad, desde que se embarcó en su autoanálisis, en el verano de 1897—: los problemas concernientes al modo de funcionamiento de la memoria y sus distorsiones, la importancia y *raison d'être* de las fantasías, la amnesia que recubre los primeros años de vida, y, por detrás de todo ello, la sexualidad infantil. Quienes lean la correspondencia con Fliess hallarán muchas aproximaciones al tema que aquí se toca —véanse, por ejemplo, las puntualizaciones sobre las fantasías en el Manuscrito M, del 25 de mayo de 1897 (*AE*, **1**, págs. 293-4), y en la Carta 66, del 7 de julio del mismo año (*AE*, **1**, págs. 299-300)—. Los recuerdos encubridores analizados por Freud hacia el final del capítulo IV de *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901*b*), *AE*, **6**, págs. 53-5, se remontan a ese mismo verano de 1897.

Curiosamente, el tipo de recuerdo encubridor que en este artículo se examina de manera predominante —aquel en que un recuerdo temprano es utilizado como pantalla para ocultar un suceso posterior— casi no aparece en escritos posteriores. En cambio, apenas se menciona aquí el que más tarde habría de considerarse el tipo corriente —aquel en que un recuerdo posterior sirve como pantalla ocultadora de un suceso temprano—, aunque fue de él que se ocupó Freud en forma casi exclusiva dos años después, en el capítulo citado de *Psicopatología de la vida cotidiana*. (Cf. también *infra*, pág. 315*n*.)

Un hecho extraño al artículo en sí hizo que su intrínseco interés quedara, inmerecidamente, un poco eclipsado. No fue difícil conjeturar que el incidente en él descrito era en verdad autobiográfico, y esto se convirtió en certidumbre tras la aparición de la correspondencia con Fliess. No obstante, muchos de los detalles del episodio pueden rastrearse en los escritos publicados de Freud. Así, los niños que figuran en el recuerdo encubridor eran de hecho sus sobrinos John y Pauline, quienes reaparecen en varios lugares de *La interpretación de los sueños* (1900*a*), p. ej., *AE*, **5**, págs. 424-5, 479 y 483; ellos eran hijos de un hermanastro de Freud, mucho mayor que él, citado en el capítulo X de *Psicopatología de la vida cotidiana* (*AE*, **6**, págs. 221-2). Cuando la familia de Freud, contando este tres años de edad, debió abandonar Freiberg, en Moravia, con distintos rumbos, ese hermanastro se estableció en Manchester, Inglaterra; allí lo visitó Freud a los diecinueve años —no a los

veinte, como se sugiere aquí (pág. 307)—, visita a la que se hace referencia en el mismo pasaje de *Psicopatología* y también en *La interpretación de los sueños* (*AE*, **5**, pág. 514). Cuando volvió por primera vez a su pueblo natal, Freud tenía dieciséis años, uno menos de lo que dice el artículo, como sabemos por su «Carta al burgomaestre de la ciudad de Príbor» (1931*e*), *AE*, **21**, págs. 257-8. La misma fuente nos indica que permaneció entonces en casa de la familia Fluss, una de cuyas hijas, Gisela, es el personaje central de la presente anécdota. El episodio es narrado en detalle en el primer volumen de la biografía de Ernest Jones (1953, págs. 27-9 y 35-7).[1]

James Strachey

[1] El nombre de Gisela Fluss aparece de manera imprevista y sin mayor significatividad en los apuntes originales de Freud sobre el historial clínico del «Hombre de las Ratas» (1955*a*), *AE*, **10**, pág. 219.

Dentro de la trama de mis tratamientos psicoanalíticos (de histeria, neurosis obsesiva, etc.), muchas veces me he visto en la situación de tener que ocuparme de fragmentos de recuerdos que al individuo le han quedado en la memoria desde los primeros años de su niñez. Como ya lo he indicado en otro lugar,[1] es preciso reclamar una gran significatividad patógena para las impresiones de esta época de la vida. Pero el tema de los recuerdos de infancia tiene asegurado en todos los casos un interés psicológico porque en ellos sale a la luz, llamativamente, una diferencia fundamental entre la conducta psíquica del niño y la del adulto. Nadie pone en duda que las vivencias de nuestros primeros años infantiles dejan unas huellas imborrables en nuestra interioridad anímica, pero si inquirimos a nuestra *memoria* por aquellas impresiones que están destinadas a permanecer y ejercer su influjo hasta el término de nuestra vida, ella no nos ofrece nada, o bien nos entrega un número relativamente pequeño de recuerdos dispersos, de valor a menudo cuestionable o enigmático. Reproducir la vida en la memoria como una cadena coherente de episodios es cosa que no sucede antes del sexto o séptimo año, y en muchas personas sólo después del décimo. Ahora bien, desde entonces se establece además un vínculo constante entre la significatividad psíquica de una vivencia y su adherencia a la memoria. Es anotado lo que parece importante en virtud de sus efectos inmediatos o que sobrevendrán a poco, y se olvida lo apreciado como inesencial. Si durante largo tiempo yo soy capaz de recordar cierto episodio, en el hecho de esta conservación en la memoria hallo una prueba de que en su momento aquel me ha producido honda impresión. Suelo asombrarme cuando olvido algo *importante*, y acaso todavía más cuando he retenido algo supuestamente indiferente.

Sólo en ciertos estados anímicos patológicos torna a di-

[1] [Cf., por ejemplo, «La etiología de la histeria» (1896*c*), *supra*, págs. 201-2.]

solverse el vínculo, vigente para el adulto normal, entre la importancia psíquica de una impresión y su adherencia a la memoria. El histérico, por ejemplo, generalmente se muestra amnésico para el total o una parte de aquellas vivencias que han llevado al estallido de su afección, y que en virtud de esta causación han devenido significativas para él, o bien, prescindiendo de ello, poseerían importancia por su propio contenido. Yo consideraría la analogía entre esta amnesia patológica y nuestra amnesia normal sobre el período infantil como un valioso indicio de los estrechos vínculos entre el contenido psíquico de la neurosis y nuestra vida infantil.

Tan habituados estamos a esta falta de recuerdo para las impresiones infantiles que solemos ignorar el problema que tras ella se oculta, y nos inclinamos a considerarlo algo natural, dado el estado rudimentario de la actividad anímica en el niño. En realidad, el niño de desarrollo normal nos muestra, ya a la edad de tres a cuatro años, una enormidad de operaciones anímicas de suma complejidad en sus comparaciones, razonamientos, y en la expresión de sus sentimientos; y no se intelige sin más que debiera de haber amnesia para estos actos psíquicos, tan plenamente equiparables a los de una edad posterior.

Un prerrequisito indispensable para elaborar los problemas psicológicos que se anudan a los recuerdos de la primera infancia sería, desde luego, la recopilación de material, comprobando, por medio de encuestas, qué clase de recuerdos de esa época de la vida es capaz de comunicar un gran número de adultos normales. Un primer paso en esta dirección han dado V. y C. Henri en 1895, distribuyendo un cuestionario por ellos confeccionado; los resultados en extremo sugerentes de esta encuesta, que incluyó respuestas de 123 personas, fueron publicados luego por ambos autores.[2] Pero como hoy está lejos de mi intención agotar el tema, me conformaré con poner de relieve aquellos pocos puntos desde los cuales yo pueda introducir los por mí llamados «recuerdos encubridores».

La edad de la vida en que se sitúa el contenido de los más tempranos recuerdos infantiles varía, las más de las veces, entre los dos y los cuatro años. (Así ocurre en 88 personas de la serie de observaciones de los Henri.) Pero hay algunos cuya memoria se remonta más atrás, aun al período en que todavía no habían cumplido el primer año, y, por otra parte, personas cuyo recuerdo más temprano

[2] [V. y C. Henri, 1897.]

sólo proviene del sexto, séptimo y aun octavo año. No se pueden indicar por ahora los nexos en que se insertarían estas diferencias individuales; pero nótese, dicen los Henri, que una persona cuyo recuerdo más temprano se remonta a una muy tierna edad, por ejemplo al primer año de vida, también dispone de otros recuerdos singulares para los años siguientes, y que la reproducción del vivenciar como una cadena continua de recuerdos empieza en ella en un punto más temprano —acaso desde el quinto año— que en otras cuyo primer recuerdo corresponde a una época posterior. Por tanto, lo que en ciertas personas se anticipa o se retarda no es solamente el punto temporal de emergencia de un primer recuerdo, sino también la función íntegra del recordar.

Un particularísimo interés se dirigirá a averiguar cuál puede ser el *contenido* de estos recuerdos, los más tempranos de la infancia. De la psicología del adulto, uno no podría menos que extraer esta expectativa: dentro del material de lo vivenciado se escogerán como dignas de nota aquellas impresiones que han provocado un afecto poderoso o que fueron discernidas como sustantivas por las consecuencias que poco después produjeron. Y, en efecto, una parte de las experiencias recopiladas por los Henri parece corroborar esta expectativa, pues ellas detallan, como los contenidos más frecuentes de los primeros recuerdos infantiles, por un lado ocasiones de miedo, vergüenza, dolores corporales, etc., y por el otro importantes episodios tales como enfermedades, sucesos de muerte, incendios, nacimientos de hermanitos, etc. Así, uno se inclinaría a suponer que el principio de la selección mnémica es para el alma infantil el mismo que para los adultos. Es cosa evidente, pero merecedora de expresa mención, que los recuerdos infantiles conservados atestiguan sobre aquellas impresiones a las cuales se dirigía el interés del niño, a diferencia del interés del adulto. Así se explica fácilmente que una mujer comunique, por ejemplo, acordarse de diversos accidentes sufridos por sus muñecas cuando ella tenía dos años, mientras que es amnésica para los más serios y tristes sucesos que habría podido percibir en esa época.

Ahora bien, está en total oposición a esa expectativa, y no puede menos que provocar legítimo asombro, enterarnos de que en muchas personas los más tempranos recuerdos infantiles tienen por contenido unas impresiones cotidianas e indiferentes, vivenciar las cuales no pudo desplegar un influjo afectivo ni siquiera sobre el niño, y que han sido registradas no obstante con todo detalle —se diría: con

hiperrelieve—,[3] al paso que tal vez no se guardaron en la memoria unas vivencias simultáneas que, según el testimonio de los padres, provocaron intensa conmoción al niño. Así, los Henri cuentan sobre un profesor de filología cuyo recuerdo más temprano, del período que va de los tres a los cuatro años, le mostraba la imagen de una mesa tendida sobre la cual estaba una fuente con hielo. Pero en esa misma época aconteció la muerte de su abuela, que el niño, según declararon sus padres, sintió muchísimo. Sin embargo, el ahora profesor de filología nada sabe de ese fallecimiento; de esa época sólo se acuerda de una fuente con hielo. Otro sujeto informa, como su primer recuerdo de la infancia, sobre un episodio de un paseo en que arrancó una rama de un árbol. Cree poder indicar todavía hoy el lugar donde ello ocurrió. Estaban presentes varias personas, y una de ellas lo ayudó.

Los Henri califican de raros esos casos; según mis experiencias —es cierto que recogidas la mayoría en neuróticos—, son asaz frecuentes. Uno de los informantes de los Henri ha ensayado una explicación, que yo debo declarar certera en todos sus puntos, para estas imágenes mnémicas de inconcebible inocencia. Opina que en tales casos la escena en cuestión quizá sólo se conservó incompleta en el recuerdo; justamente por ello parece no decir nada: es que en los elementos olvidados estaría contenido todo lo que convertía a la impresión en digna de nota. Puedo corroborar que las cosas son realmente así; sólo que preferiría decir, en vez de elementos de la vivencia «olvidados», elementos «desechados» {«*Weggelassen*»}. A menudo he conseguido, por medio del tratamiento psicoanalítico, descubrir la pieza faltante de la vivencia infantil y, así, demostrar que la impresión, de la cual había quedado en el recuerdo un torso, realmente obedecía a la premisa de que en la memoria se conserva lo más importante. Es verdad que esto no nos explica la rara selección que la memoria practica entre los elementos de una vivencia; hay que preguntarse ante todo por qué lo sustantivo fue sofocado y se conservó lo indiferente. Unicamente se obtiene una explicación si se penetra más hondo en el mecanismo de tales procesos; uno se forma entonces la representación de que dos fuerzas psíquicas han participado en la producción de estos recuerdos: una de ellas toma como motivo la importancia de la vivencia para querer recordarla, mientras que

[3] [Cf. «Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria» (1898*b*), *supra*, pág. 282, *n*. 5. Vuelve a hacerse referencia a esto *infra*, págs. 305 y 307.]

la otra —una resistencia— contraría esa singularización. Estas dos fuerzas de contrapuesto efecto no se cancelan entre sí; tampoco sucede que un motivo avasalle al otro —con o sin menoscabo—, sino que sobreviene un efecto de compromiso, algo análogo a la formación de una resultante dentro del paralelogramo de fuerzas. El compromiso consiste aquí en que no es la vivencia en cuestión la que entrega la imagen mnémica —en esto la resistencia campea por sus fueros—, pero sí es otro elemento psíquico conectado con el elemento chocante por caminos asociativos próximos; y en esto torna a mostrarse el poder del primer principio, al que le gustaría fijar impresiones sustantivas por el establecimiento de imágenes mnémicas reproducibles. El resultado del conflicto es, entonces, que en lugar de la imagen mnémica originariamente justificada se produce otra que respecto de la primera está *desplazada* {descentrada} un tramo dentro de la asociación. Como fueron los componentes importantes de la impresión los que provocaron el choque, es preciso que el recuerdo sustituyente esté despojado de ese elemento importante; por eso es fácil que tenga aspecto trivial. Nos parece incomprensible porque querríamos advertir en su propio contenido el fundamento de que fuera conservado en la memoria, cuando ese fundamento descansa en el vínculo entre ese contenido y otro, sofocado. Para servirme de un símil popular, cierta vivencia de la niñez no cobra imperio en la memoria porque ella misma sea oro, sino porque estuvo guardada junto a algo de oro.[4]

Entre los muchos casos posibles de sustitución de un contenido psíquico por otro, todos los cuales hallan su realización dentro de constelaciones psicológicas diferentes, el de los recuerdos infantiles que aquí consideramos, en que los componentes inesenciales de una vivencia subrogan en la memoria a los esenciales, es evidentemente uno de los más simples. Consiste en un desplazamiento sobre la asociación por contigüidad o, si se tiene en vista el proceso íntegro, una represión {esfuerzo de desalojo} con sustitución por algo avecindado (dentro del nexo de lugar y de tiempo). He tenido ocasión de comunicar un caso muy semejante de sustitución, tomado del análisis de una paranoia.[5] Conté allí sobre una señora que tenía alucinaciones; las voces le repetían largos fragmentos de *Die Heiterethei*,

4 [Esta analogía reaparece en el libro sobre el chiste (1905*c*), *AE*, **8**, pág. 176.]

5 «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» (1896*b*) [*supra*, pág. 181].

de Otto Ludwig, y eran justamente los pasajes de menor importancia y más incidentales de esa creación poética. El análisis demostró que otros pasajes de la misma historia habían despertado los más penosos pensamientos en la enferma. El afecto penoso fue un motivo para la defensa, pero por otro lado no se pudieron sofocar los motivos que llevaban a proseguir aquellos pensamientos; se produjo así un compromiso, que puso de resalto en el recuerdo, con intensidad y nitidez patológicas, los fragmentos inocentes. El proceso aquí discernido —*conflicto, represión, sustitución con formación de compromiso*— retorna en todos los síntomas psiconeuróticos y proporciona la clave para entender la formación de síntoma; no carece de significación, entonces, que se lo pueda demostrar también en la vida psíquica de los individuos normales; el hecho de que en estos influya sobre la selección, precisamente, de los recuerdos infantiles aparece como un nuevo indicio del estrecho vínculo, ya destacado, entre la vida anímica del niño y el material psíquico de las neurosis.

Los procesos, evidentemente muy sustantivos, de la defensa normal y patológica, así como los resultados del desplazamiento a que llevan, no han sido, hasta donde yo tengo noticia, estudiados por los psicólogos, y por eso resta todavía comprobar los estratos de la actividad psíquica donde aquellos tienen vigencia, y las condiciones en que esto sobreviene. La razón de ese descuido muy bien puede ser que nuestra vida psíquica, en la medida en que deviene objeto de nuestra percepción interna *conciente*, no deja discernir nada de estos procesos, salvo en los casos que llamamos «falacias» o en algunas operaciones psíquicas que persiguen un efecto cómico. La afirmación de que una intensidad psíquica[6] es desplazada de una representación, que a partir de entonces permanece abandonada, sobre otra, que ahora sigue cumpliendo el papel psicológico de la primera, produce sobre nosotros tan extraño efecto como ciertos rasgos de los mitos griegos; por ejemplo, que los dioses revistan a un hombre de belleza como si esta fuera una envoltura, donde nosotros sólo notaríamos la trasfiguración por un cambio en el juego mímico.

Ulteriores indagaciones sobre los recuerdos indiferentes de la infancia me enseñaron que su génesis puede producirse de otro modo además, y que tras su aparente inocencia suele esconderse una insospechada plétora de significativi-

[6] [Cf. mi «Apéndice» titulado «Surgimiento de las hipótesis fundamentales de Freud», *supra*, pág. 66.]

dad. Pero acerca de esto no me limitaré a una mera afirmación, sino que he de exponer con amplitud un solo ejemplo que, entre un gran número de casos semejantes, me parece el más instructivo, y que sin duda se vuelve más apreciable por pertenecer a un individuo no neurótico, o que sólo lo era en muy escasa medida.

Un hombre de treinta y ocho años,[7] de formación académica, que no obstante ser ajena a ello su profesión, se interesó por las cuestiones psicológicas después que yo pude librarlo de una pequeña fobia por medio del psicoanálisis, llamó el año pasado mi atención sobre sus recuerdos de infancia, que ya habían desempeñado cierto papel en el análisis. Tras familiarizarse con la indagación de V. y C. Henri, me comunicó así su experiencia en forma sintética:

«Dispongo de un número considerable de recuerdos infantiles tempranos que puedo datar con gran certeza, por esta razón: a la edad de tres años cumplidos abandoné el pequeño poblado donde nací para trasladarme a una gran ciudad; ahora bien, todos mis recuerdos se desenvuelven en aquel poblado, y por tanto corresponden a mi segundo y tercer año de vida. En su mayoría son escenas breves, pero muy bien conservadas, y plasmadas con todo el detalle de la percepción sensorial, en lo cual se oponen a mis imágenes mnémicas de la madurez, de las que está por completo ausente el elemento visual. A partir del tercer año los recuerdos son más ralos y menos nítidos; aparecen lagunas que con seguridad abarcan más de un año; sólo desde el sexto o séptimo año, creo, se vuelve continua la corriente del recuerdo. Además, divido en tres grupos los recuerdos que tengo hasta el abandono de mi primera residencia. Un primer grupo lo forman las escenas que mis padres me narraron con posterioridad repetidas veces; con relación a estas, no me siento seguro de haber tenido la imagen mnémica desde el comienzo, pues acaso la he creado sólo tras uno de aquellos relatos. Noto que hay también episodios a los que no corresponde ninguna imagen mnémica, no obstante habérmelos descrito repetidamente mis padres. Más valor atribuyo al segundo grupo; son escenas que —hasta dónde yo sé— no me fueron narradas, y en parte tampoco podrían haberlo sido, porque no he vuelto

[7] [Lo que sigue es, sin lugar a dudas, material autobiográfico apenas disimulado. Cf. mi «Nota introductoria», *supra*, pág. 294. En mayo de 1899, cuando este artículo fue dado a la estampa, Freud tenía, en realidad, cuarenta y tres años.]

a ver a las personas participantes: niñera, compañeros de la infancia. Sobre el tercer grupo hablaré luego. Por lo que toca al contenido de estas escenas, o sea, a sus títulos para ser guardadas en la memoria, diría que no carezco de toda orientación en este punto. No puedo afirmar, por cierto, que los recuerdos conservados correspondan a los episodios más importantes de aquel tiempo, ni que hoy los apreciaría así. Nada sé del nacimiento de una hermana dos años y medio menor que yo; el viaje de partida, la vista del ferrocarril, el largo camino recorrido previamente en carruaje, no han dejado huella alguna en mi memoria. En cambio, he registrado dos pequeños sucesos durante el viaje en ferrocarril; como usted recordará, son los que entraron en escena en el análisis de mi fobia. La mayor impresión debió ser la que me hizo una herida en el rostro a raíz de la cual perdí mucha sangre y que el cirujano se vio precisado a coserme. Todavía hoy puedo palpar la cicatriz que atestigua aquel accidente, pero no sé de ningún recuerdo que directa o indirectamente apuntara a esa vivencia.[8] Por otra parte, quizá cuando ocurrió yo no tuviera todavía dos años.

»Sin embargo, no me causan asombro las imágenes y escenas de los dos primeros grupos. Son en verdad unos recuerdos desplazados {descentrados}, en que las más de las veces falta lo esencial. Pero en algunos está por lo menos indicado, y en otros me resulta fácil completarlo siguiendo ciertos indicios; y cuando así procedo, se me establece un buen nexo entre los diversos jirones de recuerdo y veo claro qué interés infantil recomendó justamente a la memoria estos sucesos. Ahora bien, no ocurre lo mismo con el contenido del tercer grupo, que me he abstenido de considerar hasta ahora. Aquí se trata de un material —una escena más larga y varias imágenes pequeñas— con el que realmente no atino a nada. La escena me parece bastante indiferente, e incomprensible su fijación. Permita usted que se la describa: Veo un prado cuadrangular, algo empinado, verde y de tupida vegetación; dentro de lo verde, muchísimas flores amarillas, evidentemente son de diente de león común. En lo alto del prado, una casa campesina, ante cuya puerta están de pie dos mujeres que conversan

[8] [Se hace alusión a este accidente en dos lugares de *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **4**, pág. 43 y *n.*, y **5**, pág. 552, y en la 13ª de las *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, **15**, pág. 184; asimismo, en una carta a Fliess del 15 de octubre de 1897 (Freud, 1950*a*, Carta 71), *AE*, **1**, pág. 306, Freud hace referencia al médico que lo atendió en esa oportunidad.]

animadamente entre sí: la campesina, de pañuelo en la cabeza, y un niñera. En el prado juegan tres niños, uno de ellos soy yo (entre dos y tres años de edad), los otros dos mi primo, un año mayor, y mi prima, hermana de él, que tiene casi mi misma edad. Cogemos las flores amarillas y cada uno tiene en la mano un número de flores ya cogidas. El ramillete más hermoso lo tiene la niñita; pero nosotros, los varones, como obedeciendo a una consigna caemos sobre ella y le arrancamos las flores. Ella corre llorando cuesta arriba por el prado y recibe como consuelo de la campesina un gran trozo de pan negro. Apenas nosotros lo vemos, arrojamos las flores, nos precipitamos también hacia la casa e igualmente pedimos pan. Lo recibimos también, la campesina corta el pan con un cuchillo largo. Este pan me sabe exquisito en el recuerdo; y con esto se interrumpe la escena.

»Ahora bien, ¿qué justifica en esta vivencia el gasto mnémico a que me ha movido? En vano me he quebrado la cabeza acerca de ello: ¿Recae el acento en nuestra poco amable conducta hacia la niñita? ¿Acaso el amarillo del diente de león, que hoy naturalmente no hallo hermoso, agradaba tanto por entonces a mis ojos? ¿O después de travesear por el prado el pan me supo tanto, pero tanto mejor que de ordinario como para convertírseme en una impresión imborrable? Tampoco puedo hallar vínculos de esta escena con el interés, fácil de colegir, que otorga coherencia a las otras escenas infantiles. Tengo toda la impresión de que algo no anduviera derecho en esta escena; el amarillo de las flores resalta demasiado del conjunto, y el buen sabor del pan me parece también exagerado como alucinatoriamente. A raíz de ello, no puedo menos que recordar unos cuadros que cierta vez he visto en una exposición paródica, en que ciertos elementos no estaban pintados, sino aplicados plásticamente, y eran desde luego los más inconvenientes; por ejemplo, los polisones de las damas ahí pintadas. ¿Puede usted mostrarme un camino que lleve a esclarecer o interpretar este superfluo recuerdo de infancia?».

Me pareció aconsejable preguntar desde cuándo lo ocupaba este recuerdo, si retornaba a su memoria periódicamente desde la infancia, o si afloró en algún momento posterior tras una ocasión recordable. Esta pregunta fue todo cuanto me hizo falta aportar para la solución de la tarea; mi interlocutor halló por sí solo lo demás, pues no era ningún novato en tales trabajos.

Respondió: «Nunca se me había ocurrido pensar en

eso. Después que usted me lo ha preguntado, se me hace casi una certeza que este recuerdo de infancia no me ocupó en mi niñez. Pero puedo concebir también la ocasión de que partió el despertar de estos y de muchos otros recuerdos de mis primeros años. A los diecisiete años, siendo yo estudiante secundario, por primera vez volví a mi lugar de nacimiento durante un período de vacaciones, y ello como huésped de una familia que era amiga nuestra desde aquella prehistoria. Y sé muy bien qué plétora de excitaciones se adueñó de mí esa vez. Pero ya veo que deberé contarle todo un gran tramo de mi biografía; viene al caso, y usted lo ha conjurado con su pregunta. Oiga, pues: Soy hijo de unas gentes que originariamente tuvieron su buen pasar, que vivieron, creo, con bastante holgura en aquel villorrio provinciano. Cuando yo tenía más o menos tres años de edad, sobrevino una catástrofe en la rama industrial de que mi padre se ocupaba. Perdió su fortuna y nos vimos forzados a abandonar el villorrio para trasladarnos a una gran ciudad. Vinieron entonces unos largos, duros años, de los cuales pienso que no merecía registrarse nada. En la ciudad nunca me sentí cómodo; ahora opino que nunca me abandonó la añoranza de los hermosos bosques del solar natal, a los que solía escapar de mi padre apenas pude caminar, según lo atestigua un recuerdo conservado de aquella época. Eran mis primeras vacaciones en el campo esas que hice a los diecisiete años y, como ya dije, fui huésped de una familia amiga que desde nuestra emigración había progresado mucho. Tuve oportunidad de comparar el bienestar que allí reinaba con el modo de vivir que llevábamos en nuestra casa de la ciudad. Y bien, ya no vale ninguna digresión; tengo que confesarle que otra cosa, además, me excitó poderosamente. Yo tenía diecisiete años y en la familia que me hospedó había una hija de quince, de quien me enamoré enseguida. Fue mi primer entusiasmo, asaz intenso, pero mantenido en total secreto. A los pocos días, la muchacha partió de viaje hacia el establecimiento educativo del que había venido también ella para las vacaciones, y esta separación luego de un trato tan breve no hizo sino exacerbar la añoranza. Pasaba largas horas en solitarios paseos por los magníficos, reencontrados bosques, atareado en construir castillos en el aire, que, cosa rara, no aspiraban al futuro, sino que buscaban mejorar el pasado. Si aquella catástrofe no se hubiera producido, si yo hubiera permanecido en el solar natal, me habría criado en el campo, tan vigoroso como los hombres jóvenes de la casa, los hermanos de la amada... y entonces habría continuado la profesión

de mi padre, casándome al fin con la muchacha, que no podría menos que haber mantenido trato familiar conmigo todos esos años. Desde luego, en ningún momento ponía en duda que en las circunstancias creadas por mi fantasía me habría enamorado con el mismo ardor que ahora realmente sentía. Y es raro: cuando ahora en ocasiones la veo —por casualidad se ha casado aquí—, me resulta extraordinariamente indiferente, y sin embargo puedo acordarme con precisión de cuán largo tiempo siguió ejerciendo efecto sobre mí el color amarillo del vestido que ella llevaba en el primer encuentro, toda vez que en alguna parte volvía a ver el mismo color».

Esto me suena en un todo semejante a la puntualización, por usted intercalada, de que hoy ya no le gusta el diente de león vulgar. ¿No conjetura usted un vínculo entre el amarillo del vestido de la muchacha y el amarillo tan hipernítido de las flores en su escena de infancia?[9]

«Es posible, aunque no era el mismo amarillo. El vestido era más bien de un amarillo con destello marrón, como el del alhelí. Pero al menos puedo ofrecerle una representación intermediaria que quizá le venga bien a usted. Después he visto en los Alpes que muchas flores que en el llano tienen brillantes colores se revisten en la altura de matices más oscuros. Si no me equivoco mucho, es común en los montes una flor semejante al diente de león, pero de un amarillo oscuro, color este que se correspondería en un todo con el del vestido de aquella mi amada. Pero todavía no he terminado; ahora doy en otro ocasionamiento, más cercano en el tiempo, que ha revuelto en mí impresiones de la infancia. A los diecisiete años había vuelto a ver el villorrio; tres años después, para las vacaciones, estuve de visita en casa de mi tío; reencontré entonces a los niños que habían sido mis primeros compañeritos de juego, aquel primo un año mayor y la misma prima de mi edad que aparecen en la escena infantil con el prado de dientes de león. Esta familia había abandonado mi lugar de nacimiento simultáneamente con nosotros y había recobrado su muy buen pasar en la ciudad lejana».

¿Y allí volvió usted a enamorarse, esta vez de su prima, y construyó unas fantasías nuevas?

[9] [Cf. «Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria» (1898*b*), *supra*, pág. 282, *n*. 5. Habitualmente, cuando Freud consignaba por escrito un diálogo mantenido por él con algún interlocutor {real o imaginario}, encerraba entre comillas las palabras de este, no así las propias. Véase, por ejemplo, *¿Pueden los legos ejercer el análisis?* (1926*e*).]

«No; esta vez las cosas fueron distintas. Yo estaba ya en la universidad y dedicado por entero a los libros; para mi prima, nada me quedaba. Que yo lo sepa, no forjé entonces ninguna de tales fantasías. Pero creo que mi padre y mi tío forjaron el plan de que yo trocara mi abstruso estudio por otro de aplicación más práctica, y después de terminados mis estudios me radicara en el lugar de residencia de ese tío y tomara por esposa a mi prima. Como notaron lo absorbido que yo estaba en mis propios designios, se abandonó aquel plan; no obstante, creo haberlo colegido con certeza. Sólo después, como joven universitario, atenaceado por el apremio de la vida y debiendo esperar tanto tiempo para conseguir un puesto en esta ciudad, acaso hube de pensar muchas veces en que la intención de mi padre para conmigo era en verdad buena, y mediante ese proyecto matrimonial quería resarcirme de la pérdida que aquella catástrofe primera me había traído para toda la vida».

En esa época de sus duras luchas por el pan yo situaría el afloramiento de la escena infantil en cuestión, siempre que pueda usted corroborarme que por esos mismos años conoció por primera vez el mundo alpino.

«En efecto, fue así; por ese tiempo, excursiones a la montaña eran la única diversión que yo me permitía. Pero no le entiendo a usted bien».

Enseguida se lo aclaro. De su escena infantil ha destacado usted, como el elemento más intenso, que le supo exquisito el pan campesino. ¿No advierte que esta representación, sentida casi alucinatoriamente, se corresponde con aquella idea de su fantasía, que de haber permanecido en el solar natal, casándose entonces con aquella niña [la del vestido amarillo], cuán cómoda le habría resultado la vida o, expresado simbólicamente, cuán bien le habría sabido su pan, por el cual debía luchar tanto en ese tiempo posterior? Y el amarillo de las flores apunta a la misma niña. Por otra parte, en la escena de infancia tiene usted elementos que se pueden referir a la segunda fantasía, la de haberse casado con su prima. Arrojar las flores para trocarlas por un pan no me parece un mal disfraz para el propósito que su padre tenía hacia usted: debía usted abandonar sus ideales poco prácticos y abrazar un «estudio para ganarse el pan», ¿no es verdad?

«¿Entonces yo habría de este modo fusionado entre sí las dos series de fantasías sobre la vida de bienestar que habría podido tener: de la una el "amarillo" más el "pan campesino", de la otra el arrojar las flores más las personas?».

Así es; las dos fantasías se proyectan una sobre la otra, y de ahí se constituye un recuerdo de infancia. Y después, el rasgo de las flores alpinas es en cierta forma la marca del tiempo de esa fabricación. Puedo asegurarle que muy a menudo crea uno inconcientemente tales cosas, como una creación literaria, por así decir.

«Pero entonces no habría recuerdo alguno de infancia, sino una fantasía que es retrasladada a la niñez. Sin embargo, un sentimiento me dice que la escena es genuina. ¿Cómo armoniza usted ambas cosas?».

Para los indicios de nuestra memoria no tenemos garantía ninguna. Pero le concederé que la escena es auténtica; entonces la ha espigado usted entre muchísimas otras, tanto semejantes como diversas, porque en virtud de su contenido —en sí indiferente— era apta para figurar las dos fantasías que habían adquirido para usted una sustantividad suficiente. A un recuerdo así, cuyo valor consiste en subrogar en la memoria unas impresiones y unos pensamientos de un tiempo posterior, y cuyo contenido se enlaza con el genuino mediante vínculos simbólicos y otros semejantes, lo llamaría un *recuerdo encubridor* {*Deckerinnerung*}. En todo caso, dejará usted de asombrarse por el frecuente retorno de esta escena a su memoria. Ya no se la puede llamar inocente si ella, como lo hemos descubierto, está destinada a ilustrar los más importantes giros de su biografía, el influjo de los dos resortes pulsionales más poderosos: el hambre y el amor.[10]

«Sí, al hambre lo ha figurado bien, pero, ¿y al amor?».

En lo amarillo de las flores, opino yo. Es verdad, no puedo desconocer que la figuración del amor en esta escena suya de infancia se queda muy a la zaga de mis experiencias corrientes.

«No, de ningún modo. La figuración del amor es incluso lo principal en ella. ¡Sólo ahora lo comprendo! Considere usted: quitar las flores a una niña, eso equivale a decir "desflorarla". ¡Qué oposición entre el descaro de esta fantasía y mi timidez en la primera oportunidad, y mi indiferencia en la segunda!».

Puedo asegurarle que unas fantasías osadas de esa índole constituyen el regular complemento de la timidez juvenil.

«¿Pero entonces la fantasía que se muda en estos recuerdos de infancia no sería una fantasía conciente que yo pueda recordar, sino una inconciente?».

Unos pensamientos inconcientes que continúan a los con-

[10] [Alusión a un verso predilecto de Freud, tomado de Schiller, «Die Weltweisen».]

cientes. Usted piensa entre sí: «Si yo me hubiera casado con esta o con aquella», y tras ello se genera la impulsión de representarse ese casarse.

«Ahora yo mismo puedo continuarlo. Lo más atractivo de todo el tema es, para el tunante mozalbete, la representación de la noche de bodas; ¿qué sabe él de lo que viene después {*nachkommen*; también, "tener descendencia"}? Pero esta representación no osa salir a la luz: la voz dominante de la discreción y del respeto a la niña la mantiene sofocada. Entonces permanece inconciente...».

Y *cambia de carril* hacia un recuerdo de infancia. Usted tiene razón; lo groseramente sensual de la fantasía es la razón de que no se desarrolle en una fantasía conciente, sino que se vea precisada a conformarse con que se la recoja en una escena infantil, como alusión en forma *metafórica* {*Verblümt,* «floral»}.

«Pero, ¿por qué justamente en una escena de infancia, preguntaría yo?».

Quizá por amor de su inocencia. ¿Puede usted imaginar una oposición más tajante a unos tan enojosos designios de agresión sexual que el ajetreo de unos niños? Por otra parte, para el cambio de carril de unos pensamientos y deseos reprimidos hacia los recuerdos de infancia tienen que existir razones más generales, pues usted puede comprobar esta conducta en personas histéricas con total regularidad. Parece, además, que en sí y por sí el recuerdo de un pasado remoto es facilitado por un motivo de placer. «*Forsan et haec olim meminisse juvabit*».* [11]

«Si es así, he perdido toda confianza en la autenticidad de esa escena de los dientes de león. Presupongo que en mi interior, con los dos mencionados ocasionamientos, y apoyado por unos motivos reales bien palpables, afloró este pensamiento: "Si te hubieras casado con esta niña o con la otra, tu vida habría sido mucho más agradable"; que la corriente sensual repite dentro de mí los pensamientos de la prótasis en unas representaciones que pueden brindarle satisfacción; que esta segunda versión del mismo pensamiento permanece inconciente a consecuencia de ser inconciliable con la predisposición sexual dominante, pero justamente por ello fue puesta en estado de perdurar dentro de la vida psíquica cuando hacía mucho que la versión conciente había sido derogada por la alteración de la realidad objetiva; que la frase que permaneció inconciente se afana, siguiendo una ley vigente, como dice usted, en trasmudarse a una escena

* {«Tal vez algún día aun a esto lo avivará el recuerdo».}
11 [Virgilio, *Eneida,* I, 203.]

de infancia que tiene permitido devenir conciente a causa de su inocencia; que a tal fin tuvo que experimentar una refundición nueva, o más bien dos: una que arrebata a la prótasis lo chocante, expresándolo figuralmente, y otra que comprime la apódosis en una forma que es susceptible de figuración visual, para lo cual se emplea la representación intermediaria "pan-estudio para ganarse el pan". Intelijo que produciendo una fantasía de esta clase en cierto modo he creado un cumplimiento de los dos deseos sofocados —el de desflorar y el de bienestar material—. Pero luego de haberme dado tan cabal cuenta de los motivos que llevaron a la génesis de la fantasía del diente de león, tengo que suponer que se trata en ella de algo que nunca aconteció, sino que ilícitamente, de contrabando, se coló entre mis recuerdos de infancia».

Ahora me veo obligado a desempeñar yo el papel de defensor de la autenticidad. Va usted demasiado lejos. Me ha hecho usted decir que cada una de estas fantasías sofocadas tiene la tendencia a tomar el desvío de una escena infantil; admita ahora que ello no se consigue si no hay ahí una huella mnémica cuyo contenido ofrezca puntos de contacto con la fantasía, que por así decir la solicite {*Entgegenkommen*}. Una vez hallado un punto de contacto de esa índole —en este caso es el desflorar, el arrebatar las flores—, el restante contenido de la fantasía es remodelado mediante todas las representaciones intermediarias admisibles (piense usted en el pan), hasta que resulten nuevos puntos de contacto con el contenido de la escena infantil. Es muy posible que en el curso de este proceso la misma escena infantil sufra alteraciones; estoy seguro de que, siguiendo este camino, se producen también falseamientos del recuerdo. En su caso, la escena de infancia parece haber sido sólo cincelada; piense en el desmedido realce del amarillo y en el exageradamente rico sabor del pan. Pero la materia prima era utilizable. De no haberlo sido, este recuerdo no hubiera podido ser elevado a la conciencia entre todos los otros. No habría usted tenido ninguna escena así como recuerdo de infancia, o quizás habría tenido otra, pues ya sabe cuán fácil es para nuestro ingenio {*Witz*} tender puentes de conexión desde un punto cualquiera a otro cualquiera. En favor de la autenticidad de su recuerdo de los dientes de león habla, por otra parte, además del sentimiento que usted tiene —y que yo no subestimaría—, otra cosa todavía. Incluye algunos rasgos que las comunicaciones de usted no resuelven, y aun tales que no se adecuan a los significados que brotan de la fantasía. Por ejemplo, que su primo lo

ayude a arrebatar las flores a la pequeña. ¿Podría usted conectar con algún sentido esa ayuda en desflorar? ¿O el grupo de la campesina y la niñera en lo alto, frente a la casa?

«Creo que no».

La fantasía no se recubre entonces por completo con la escena de infancia, sólo se apuntala en algunos puntos de ella. Esto aboga en favor de la autenticidad del recuerdo de infancia.

«¿Cree usted que este tipo de interpretación de unos recuerdos de infancia al parecer inocentes vale para muchos casos?».

Según mis experiencias, sí. ¿Quiere usted ensayar, a modo de entretenimiento, en los dos ejemplos comunicados por los Henri, si admiten ser interpretados como recuerdos encubridores de vivencias y deseos posteriores? Me refiero al recuerdo de la mesa puesta sobre la que hay una fuente con hielo, que parece destinado a entramarse con la muerte de la abuela, y el segundo, de la rama que el niño arranca durante un paseo, para lo cual otra persona lo ayuda [pág. 300].

El reflexionó un rato: «Con el primer ejemplo no atino a nada. Está en juego, muy probablemente, un desplazamiento, pero no se coligen los eslabones intermedios. En cuanto al segundo, osaría una interpretación, si no fuera francesa la persona que lo comunica como propio».

Ahora soy yo quien no lo comprendo. ¿Qué cambiaría con eso?

«Cambiaría mucho, pues es probable que la expresión lingüística procure la conexión entre el recuerdo encubridor y el encubierto. En alemán, "arrancarse una" {"*sich einen ausreissen*"} es una alusión vulgar, bien notoria, al onanismo.[12] La escena trasladaría a la primera infancia una seducción onanista, ocurrida después, puesto que alguien lo ayuda a hacerlo. Sin embargo, esto no armoniza bien, pues en la escena infantil están presentes muchas otras personas».

Mientras que tuvo que ser en la soledad y en secreto como fue inducido al onanismo. Pero esta misma oposición me habla en favor de su concepción; sirve, a su vez, para volver inocente la escena. ¿Sabe usted qué significa que en el sueño veamos «mucha gente ajena», como tan a menudo sucede en los sueños de desnudez, en los que nos sentimos tan terriblemente turbados? No otra cosa que... secreto, lo

12 [Cf. *La interpretación de los sueños* (1900*a*), *AE*, **5**, pág. 354, *n*. 21.]

cual es expresado entonces por su opuesto.[13] Por lo demás, esta interpretación no deja de ser una broma; en realidad, no sabemos si en las palabras «*casser une branche d'un arbre*», o en una frase convenientemente rectificada, un francés discernirá una alusión al onanismo.

El análisis precedente, que se comunicó con la mayor fidelidad posible, ha de haber aclarado en alguna medida el concepto de un *recuerdo encubridor* como tal, que debe su valor mnémico no a su contenido propio sino a su vínculo con otro contenido, sofocado. Según sea el tipo de ese vínculo se pueden distinguir diversas clases de recuerdos encubridores. De dos de estas clases hemos hallado ejemplos entre los recuerdos de infancia que llamamos los más tempranos —o sea, si incluimos bajo el concepto de recuerdo encubridor la escena infantil incompleta e inocente en virtud de esa su no integridad—. Cabe prever que se formen recuerdos encubridores también a partir de los restos mnémicos de períodos posteriores de la vida. Quien tenga en vista su principal carácter —una gran pertinacia mnémica, no obstante ser su contenido de todo punto indiferente—, fácilmente podrá registrar en su memoria numerosos ejemplos de esta índole. Una parte de estos recuerdos encubridores con contenido vivenciado después debe su significatividad a su vínculo con unas vivencias de la primera infancia que permanecieron sofocadas, o sea, lo inverso del caso por mí analizado, en que un recuerdo infantil es puesto en vigor por algo que se vivenció después. Según rija una u otra de esas relaciones temporales entre lo encubridor y lo encubierto, se podrá calificar al recuerdo encubridor como *adelantador* o *atrasador*. Según otra relación, se distingue entre recuerdos encubridores positivos y negativos (o recuerdos *en desafío*), cuyo contenido guarda relación de oposición con el contenido sofocado. El tema merecería sin duda una apreciación más exhaustiva; aquí me conformo con llamar la atención sobre cuán complicados procesos —en un todo análogos, por lo demás, a la formación de síntomas histéricos— participan en el establecimiento de nuestro tesoro mnémico.

Nuestros recuerdos de infancia más tempranos despertarán siempre un interés particular porque aquí el problema, mencionado al comienzo, de averiguar cómo pueden no dejar huella mnémica alguna las impresiones más eficientes para

[13] [Cf. *ibid.*, **4**, pág. 256.]

todo el futuro mueve inevitablemente a reflexionar sobre la génesis de los recuerdos concientes. Con seguridad que al principio uno se inclinará a separar de los restos mnémicos de la infancia los recuerdos encubridores aquí tratados, como unos elementos heterogéneos, y a crearse sobre las restantes imágenes la representación simple de que se habrían generado simultáneamente con el vivenciar, como una consecuencia inmediata del influjo de lo vivenciado, y retornarían desde entonces de tiempo en tiempo siguiendo las consabidas leyes de la reproducción. Ahora bien, la observación más fina discierne rasgos singulares que armonizan mal con esta concepción. Los siguientes, sobre todo: En la mayoría de las escenas infantiles sustantivas y exentas de toda otra objeción uno ve en el recuerdo a la persona propia como un niño, y sabe que uno mismo es ese niño; pero ve a ese niño como lo vería un observador situado fuera de la escena. Los Henri no han dejado de apuntar que muchos de sus informantes señalan de manera expresa esta peculiaridad de las escenas infantiles. No obstante, resulta claro que esa imagen mnémica no puede ser la repetición fiel de la impresión entonces sentida. En efecto, uno se encontraba en medio de la situación y no atendía a sí mismo, sino al mundo exterior.

Toda vez que dentro de un recuerdo la persona propia aparece así como un objeto entre otros objetos, es lícito aducir esta contraposición entre el yo actuante y el yo recordador como una prueba de que la impresión originaria ha experimentado una refundición. Todo parece como si aquí una huella mnémica de la infancia hubiera sido retraducida a lo plástico y lo visual en una época posterior (la del despertar [del recuerdo]). Y ello siendo que nunca ha llegado a nuestra conciencia nada de una reproducción de la impresión originaria.

En favor de esta otra concepción de las escenas de infancia, es preciso conceder una fuerza probatoria todavía mayor a un segundo hecho. Entre los recuerdos infantiles de vivencias importantes que afloran con igual precisión y nitidez, hay cierto número de escenas que, tras la aplicación de unos controles —p. ej., el recuerdo de los adultos—, se comprueba que han sido falseadas. No es que se las inventara libremente; son falsas porque trasladan una situación a un lugar donde no sucedió (como en uno de los ejemplos citados por los Henri), fusionan o permutan entre sí a ciertas personas, o se las discierne finalmente como una composición de dos vivencias separadas. Y en este preciso caso, dada la gruesa intensidad sensorial de las imágenes y la

capacidad de rendimiento de la función de la memoria en el individuo joven, no se puede hablar de una simple infidelidad del recuerdo; una indagación más honda muestra, más bien, que tales falseamientos mnémicos son tendenciosos, es decir, que sirven a los fines de la represión y sustitución de impresiones chocantes o desagradables. Por tanto, también estos recuerdos falseados tienen que haberse generado en una época de la vida en que tales conflictos e impulsiones para la represión podían ya tener vigencia en la vida anímica, vale decir, mucho tiempo después de aquel que ellas recuerdan en su contenido. Ahora bien, también aquí el recuerdo falseado es el primero del que sabemos algo; permanece para nosotros ignoto {*unbekennen*} en su forma originaria el material de huellas mnémicas con el cual fue forjado.

Esta intelección reduce, a nuestro juicio, el abismo entre los recuerdos encubridores y los restantes recuerdos de la infancia. Acaso sea en general dudoso que poseamos unos recuerdos concientes *de* la infancia, y no más bien, meramente, unos recuerdos *sobre* la infancia. Nuestros recuerdos de la infancia nos muestran los primeros años de vida no como fueron, sino como han aparecido en tiempos posteriores de despertar. En estos tiempos del despertar, los recuerdos de infancia no *afloraron*, como se suele decir, sino que en ese momento fueron *formados*; y una serie de motivos, a los que es ajeno el propósito de la fidelidad histórico-vivencial, han influido sobre esa formación así como sobre la selección de los recuerdos.[14]

[14] [El tipo de recuerdo encubridor aquí considerado se vincula con las «fantasías retrospectivas» que en épocas posteriores Freud sometió a frecuente examen; véase, por ejemplo, el análisis del «Hombre de las Ratas» (1909*d*), *AE*, **10**, págs. 162-3, el del «Hombre de los Lobos» (1918*b*), *AE*, **17**, págs. 54-7, y la 21ª y 23ª *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17), *AE*, **16**, págs. 306 y 334-9.]

# Noticia autobiográfica
(1901 [1899])

# Nota introductoria

*Edición en alemán*

1901 En J. L. Pagel, *Biographisches Lexicon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts* {Diccionario biográfico de médicos eminentes del siglo XIX}. Berlín y Viena, columna 545.

*Traducción en castellano* *

1972 «Nota autobiográfica». *BN* (9 vols.), **1**, pág. xxvii.

Aparentemente, este texto no tuvo hasta la fecha ninguna reimpresión en su idioma original. Por los datos que él mismo ofrece se infiere que fue escrito en el otoño de 1899. Es interesante porque muestra la perspectiva que Freud confiaba haber adquirido acerca de su actividad en vísperas de publicarse la obra que habría de causar una revolución en cuanto a la posición de aquel en el mundo científico.

Se han puesto aquí por extenso los numerosos nombres que aparecen abreviados en el original.

James Strachey

* {Cf. la «Advertencia sobre la edición en castellano», *supra*, pág. xiii y *n.* 6.}

Freud, Sigmund, Viena. Nacido el 6 de mayo de 1856 en Freiberg, Moravia. Estudió en Viena. Alumno de Brücke, el fisiólogo. Obtuvo su título [de doctor en medicina] en 1881. Alumno de Charcot en París, 1885-86. Habilitación [nombramiento como *Privatdozent* {docente adscrito}], 1885. Trabajó como médico y docente en la Universidad de Viena desde 1886. Propuesto para *professor extraordinarius* {profesor adjunto} en 1897.[1] Antes de eso, publicó escritos sobre histología y anatomía cerebral, y, con posterioridad, trabajos clínicos sobre neuropatología; tradujo obras de Charcot y de Bernheim. En 1884, «Sobre la coca», artículo que introdujo la cocaína en medicina. En 1891, *La concepción de las afasias*. En 1891 y 1893, monografías sobre la parálisis cerebral infantil, que culminaron en 1897 en su volumen sobre el tema como contribución al *Handbuch* de Nothnagel. En 1895, *Estudios sobre la histeria* (con el doctor Josef Breuer). Desde entonces, Freud se ha volcado al estudio de las psiconeurosis, en especial de la histeria, y en una serie de trabajos más breves ha destacado la significación etiológica de la vida sexual en las neurosis. Ha desarrollado, asimismo, una nueva psicoterapia de la histeria, sobre la cual se ha publicado sumamente poco. Está en prensa un libro suyo, *La interpretación de los sueños*.

[1] [Cf. mi «Nota introductoria» al sumario de los primeros escritos científicos de Freud (1897*b*), *supra*, págs. 221-2.]

# Bibliografía e índice de autores

[Los títulos de libros y de publicaciones periódicas se dan en bastardilla, y los de artículos, entre comillas. Las abreviaturas utilizadas para las publicaciones periódicas fueron tomadas de la *World List of Scientific Periodicals* (Londres, 1952; 4ª ed., 1963-65). Otras abreviaturas empleadas en este libro figuran *supra*, pág. xiv. Los números en negrita corresponden a los volúmenes en el caso de las revistas y otras publicaciones, y a los tomos en el caso de libros. Las cifras entre paréntesis al final de cada entrada indican la página o páginas de este libro en que se menciona la obra en cuestión. Las letras en bastardilla anexas a las fechas de publicación (tanto de obras de Freud como de otros autores) concuerdan con las correspondientes entradas de la «Bibliografía general» que será incluida en el volumen 24 de estas *Obras completas*.

Esta bibliografía cumple las veces de índice onomástico para los autores de trabajos especializados que se mencionan a lo largo del volumen. Para los autores no especializados, y para aquellos autores especializados de los que no se menciona ninguna obra en particular, consúltese el «Indice alfabético».

{En las obras de Freud se han agregado entre llaves las referencias a la *Studienausgabe* (*SA*), así como a las versiones castellanas de Santiago Rueda (*SR*), Biblioteca Nueva (*BN*, 1972-75, 9 vols.) o *Revista de Psicoanálisis* (*RP*), y a las incluidas en los volúmenes correspondientes a esta versión de Amorrortu editores (*AE*). En las obras de otros autores se consignan, también entre llaves, las versiones castellanas que han podido verificarse con las fuentes de consulta bibliográfica disponibles.}]


Andersson, O. (1962) *Studies in the Prehistory of Psychoanalysis, Studia Scientiae Paedagogicae Upsaliensia III*, Estocolmo. (38)

Beard, G. M. (1881) *American Nervousness, its Causes and Consequences*, Nueva York. (91)

(1884) *Sexual Neurasthenia (Nervous Exhaustion), its Hygiene, Causes, Symptoms and Treatment*, Nueva York. (91)
Bernheim, H. (1886) *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, París. (23, 55, 63, 250)
(1891) *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie: études nouvelles*, París. (250)
Breuer, J. y Freud, S. (1893): *véase* Freud, S. (1893*a*).
(1895): *véase* Freud, S. (1895*d*).
Brun, R. (1936) «Sigmund Freuds Leistungen auf dem Gebiete der organischen Neurologie», *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, **37**, pág. 200. (222)
Charcot, J.-M. (1886-90) *Oeuvres complètes* (9 vols.), París. (13)
(1887) *Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, III*, París. (10, 192, 216, 250)
(1888) *Leçons du mardi à la Salpêtrière 1887-8*, París. (Ed. rev., París, 1892.) (10-1, 13, 15, 65, 250)
(1889) *Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1888-9*, París. (11)
Darkschewitsch, L. O. von (1886): *véase* Freud, S. (1886*b*).
Erlenmeyer, F. A. (1885) Crítica del punto de vista de Freud sobre la cocaína, *Zbl. Nervenheilk.*, **8**. (228)
(1886) «Über Cocainsucht», *Wien. med. Pr.*, **27**. (228)
(1887) *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung*, 3ª ed., Berlín, Leipzig y Neuwied. (228)
Fisher, J. (1955) *Bird Recognition III*, Harmondsworth: Penguin Books. (33)
Fliess, W. (1892) *Neue Beiträge und Therapie der nasalen Reflexneurose*, Viena. (91)
(1893) «Die nasale Reflexneurose», *Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin*, Wiesbaden, 384. (91)
Freud, S. (1877*a*) «Über den Ursprung der hinteren Nervenwurzeln im Rückenmarke von Ammocoetes (Petromyzon Planeri)» {«Sobre el origen de las raíces nerviosas posteriores en la médula espinal del amocetes (Petromyzon planeri)»}, *S. B. Akad. Wiss. Wien* (Math.-Naturwiss. Kl.), III Abt., **75**, pág. 15. (223-5)
(1877*b*) «Beobachtungen über Gestaltung und feineren Bau der als Hoden beschriebenen Lappenorgane des Aals» {«Observaciones sobre la morfología y estructura fina de los órganos lobulados de la anguila, descritos como testículos»}, *S. B. Akad. Wiss. Wien* (Math.-Naturwiss. Kl.), I Abt., **75**, pág. 419. (223)
(1878*a*) «Über Spinalganglien und Rückenmark des Petromyzon» {«Sobre los ganglios raquídeos y la médu-

Freud, S. *(cont.)*
la espinal del Petromyzon»}, *S. B. Akad. Wiss. Wien* (Math.-Naturwiss. Kl.), III Abt., **78**, pág. 81. (223-4)
(1879*a*) «Notiz über eine Methode zur anatomischen Präparation des Nervensystems» {«Noticia sobre un método para preparaciones anatómicas del sistema nervioso»}, *Zbl. med. Wiss.*, **17**, n° 26, pág. 468. (225)
(1882*a*) «Über den Bau der Nervenfasern und Nervenzellen beim Flusskrebs» {«Sobre la estructura de las fibras y de las células nerviosas en el cangrejo de río»}, *S. B. Akad. Wiss. Wien* (Math.-Naturwiss. Kl.), III Abt., **85**, pág. 9. (225)
(1884*a*) «Ein Fall von Hirnblutung mit indirekten basalen Herdsymptomen bei Scorbut» {«Hemorragia cerebral con síntomas basales focales indirectos en un paciente con escorbuto»}, *Wien. med. Wschr.*, **34**, n° 9, pág. 244, y n° 10, pág. 276. (227)
(1884*b*) «Eine neue Methode zum Studium des Faserverlaufes im Centralnervensystem» {«Un nuevo método para el estudio de los tractos nerviosos en el sistema nervioso central»}, *Zbl. med. Wiss.*, **22**, n° 11, pág. 161. (226)
(1884*c*) «A New Histological Method for the Study of Nerve-Tracts in the Brain and Spinal Cord» {«Un nuevo método histológico para el estudio de los tractos nerviosos en el cerebro y la médula espinal»} (en inglés), *Brain*, **7**, pág. 86. (227)
(1884*d*) «Eine neue Methode zum Studium des Faserverlaufes im Centralnervensystem» {«Un nuevo método para el estudio de los tractos nerviosos en el sistema nervioso central»}, *Arch. Anat. Physiol., Lpz.*, Anat. Abt., pág. 453. (226)
(1884*e*) «Über Coca» {«Sobre la coca»}, *Zbl. ges. Ther.*, **2**, pág. 289. {«Sobre la coca», Buenos Aires: sin mención de editorial.} (227-8, 321)
(1884*f* [1882]) «Die Struktur der Elemente des Nervensystems» {«La estructura de los elementos del sistema nervioso»}, *Jb. Psychiat. Neurol.*, **5**, Heft 3, pág. 221. (226)
(1885*a*) «Beitrag zur Kenntnis der Cocawirkung» {«Contribución al conocimiento de los efectos de la coca»}, *Wien. med. Wschr.*, **31**, n° 5, pág. 129. (227-8)
(1885*b*) «Über die Allgemeinwirkung des Cocains» {«Sobre los efectos generales de la cocaína»}, *Med.-chir. Zbl.*, **20**, n° 32, pág. 374. (222, 228)
(1885*c*) «Ein Fall von Muskelatrophie mit ausgebreite-

Freud, S. *(cont.)*
ten Sensibilitätsstörungen (Syringomyelie)» {«Un caso de atrofia muscular con perturbaciones extensas de la sensibilidad (siringomielia)»}, *Wien. med. Wschr.*, **35**, nº 13, pág. 389, y nº 14, pág. 425. (229)

(1885*d*) «Zur Kenntnis der Olivenzwischenschicht» {«Sobre la capa interolivar»}, *Neurol. Zbl.*, **4**, nº 12, pág. 268. (228-9)

(1885*e*) «Gutachten über das Parke Cocain», en Gutt, «Über die verschiedenen Cocain-Präparate und deren Wirkung» {«Informe sobre la cocaína de Parke», en Sobre los distintos preparados de la cocaína y sus efectos}, *Wien. med. Pr.*, **26**, nº 32, pág. 1036. (222, 228)

(1886*a*) «Akute multiple Neuritis der spinalen und Hirnnerven» {«Neuritis múltiple aguda de los nervios espinales y craneanos»}, *Wien. med. Wschr.*, **36**, nº 6, pág. 168. (230)

(1886*b*) En colaboración con Darkschewitsch, L. O. von, «Über die Beziehung des Strickkörpers zum Hinterstrang und Hinterstrangskern nebst Bemerkungen über zwei Felder der Oblongata» {«Sobre la relación del cuerpo restiforme con la columna posterior y su núcleo, con algunas puntualizaciones sobre dos campos del bulbo raquídeo»}, *Neur. Zbl.*, **5**, nº 6, pág. 121. (229-31)

(1886*c*) «Über den Ursprung des Nervus acusticus» {«Sobre el origen del nervio acústico»}, *Mschr. Ohrenheilk.*, N. F., **20**, nº 8, pág. 245, y nº 9, pág. 277. (229, 231-2)

(1886*d*) «Beobachtung einer hochgradigen Hemianästhesie bei einem hysterischen Manne (Beiträge zur Kasuistik der Hysterie I)» {«Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico (Contribuciones a la casuística de la histeria, I)», *Wien. med. Wschr.*, **36**, nº 49, pág. 1633. *SE*, **1**, pág. 23. {*SR*, **22**, pág. 462 (resumen); *AE*, **1**, pág. 23.} (232)

(1886*f*) Traducción, con prólogo y notas complementarios, de J.-M. Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, **3**, París, 1887, con el título *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems insbesondere über Hysterie* {Nuevas conferencias sobre las enfermedades del sistema nervioso, especialmente sobre la histeria}, Viena. (10, 250)

(1887*d*) «Bemerkungen über Cocainsucht und Cocainfurcht, mit Beziehung auf einem Vortrag W. A. Hammond's» {«Puntualizaciones sobre cocainomanía y cocainofobia, a propósito de una conferencia de W. A.

Freud, S. *(cont.)*
Hammond»}, *Wien. med. Wschr.*, **37**, nº 28, pág. 929. (228, 232-3)
(1887*f*) «Das Nervensystem» {«El sistema nervioso»}, Abschnitt V de *Ärztliche Versicherungsdiagnostik*, ed. por Buchheim. (222)
(1888*a*) «Über Hemianopsie im frühesten Kindesalter» {«Sobre hemianopsia en la niñez temprana»}, *Wien. m. Wschr.*, **38**, nº 32, pág. 1081; nº 33, pág. 1116. (233)
(1888*b*) «Aphasie», «Gehirn (I. "Anatomie des Gehirns")», «Hysterie» e «Hysteroepilepsie» {«Afasia», «Cerebro (I. "Anatomía del cerebro")», «Histeria» e «Histeroepilepsia»}, en A. Villaret, *Handwörterbuch der gesamten Medizin* {Diccionario de medicina general}, **1**, Stuttgart. (Trabajo no firmado; la identidad del autor es incierta.) *SE*, **1**, págs. 37 y 58 («Hysteria» e «Hystero-Epilepsy». {*AE*, **1**, págs. 41 y 64 (los otros dos artículos no han sido traducidos en esta edición).} (222, 233)
(1888-89) Traducción, con prólogo y notas complementarios, de Hyppolite Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, París, 1886, con el título *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* {De la sugestión y sus aplicaciones a la terapéutica}, Viena (parte II trad. por O. von Springer). (2ª ed., rev. por M. Kahane, Viena, 1896.) *SE*, **1**, pág. 73 (prólogo). {*SR*, **21**, pág. 374 (prólogo y notas); *BN*, **1**, pág. 4 (prólogo y notas); *AE*, **1**, pág. 77 (prólogo).} (24, 55, 63, 250)
(1890*a*) Registrado anteriormente como (1905*b* [1890]) «Psychische Behandlung (Seelenbehandlung)» {«Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)»}, *GW*, **5**, pág. 289; *SE*, **7**, pág. 283. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 13; *SR*, **21**, pág. 141; *BN*, **3**, pág. 1014; *AE*, **1**, pág. 111.} (222)
(1891*a*) En colaboración con Rie, O., *Klinische Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder* {Estudio clínico sobre la hemiplejía cerebral en los niños}, en M. Kassowitz, ed., *Beiträge zur Kinderheilkunde* {Contribuciones a la pediatría}, Heft III, Viena. (16, 233, 235, 238, 321)
(1891*b*) *Zur Auffassung der Aphasien* {*La concepción de las afasias*}, Viena. (233-4, 238, 241, 321)
(1891*c*) «Kinderlähmung» y «Lähmung» {«Parálisis infantiles» y «Parálisis»}, en A. Villaret, *Handwörterbuch der gesamten Medizin* {Diccionario de medicina

general}, **2**, Stuttgart. (Trabajo no firmado; la identidad del autor es incierta.) (222)

(1891*d*) «Hypnose» {«Hipnosis»}, en A. Bum, *Therapeutisches Lexikon* {Léxico terapéutico}, pág. 724, Viena. *SE*, **1**, pág. 105. {*AE*, **1**, pág. 133.} (222)

(1892*a*) Traducción de H. Bernheim, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie: études nouvelles*, París, 1891, con el título *Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie* {Nuevos estudios sobre hipnotismo, sugestión, psicoterapia}, Viena. (250)

(1892-93) «Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den "Gegenwillen"» {«Un caso de curación por hipnosis, con algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la "voluntad contraria"»}, *GS*, **1**, pág. 258; *GW*, **1**, pág. 3; *SE*, **1**, pág. 117. {*SR*, **10**, pág. 207; *BN*, **1**, pág. 22; *AE*, **1**, pág. 147.} (33, 236)

(1892-94) Traducción, con prólogo y notas complementarios, de J.-M. Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière (1887-8)*, París, 1888, con el título *Poliklinische Vorträge* {Lecciones policlínicas}, **1**, Viena. (Vol. **2**, trad. por M. Kahane, Viena, 1895.) *SE*, **1**, pág. 131 (prólogo y notas). {*AE*, **1**, pág. 163 (prólogo y notas).} (10, 15, 65, 250)

(1893*a*) En colaboración con Breuer, J., «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene: Vorläufige Mitteilung» {«Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar». Es el cap. I de *Estudios sobre la histeria* (1895)}, *GS*, **1**, pág. 7; *GW*, **1**, pág. 81; *SE*, **2**, pág. 3. {*SR*, **10**, pág. 9; *BN*, **1**, pág. 41; *AE*, **2**, pág. 25.} (4, 27, 38, 44, 48-9, 51, 61-2, 65, 80, 164, 193, 236-7)

(1893*b*) *Zur Kenntnis der cerebralen Diplegien des Kindesalters (im Anschluss an die Little'sche Krankheit)* {Relato sobre las diplejías cerebrales de la infancia (en conexión con la enfermedad de Little)}, en M. Kassowitz, ed., *Beiträge zur Kinderheilkunde* {Contribuciones a la pediatría}, Heft III, N. F., Viena. (233, 238-241, 321)

(1893*c*) «Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques» {«Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas»} (en francés), *GS*, **1**, pág. 273; *GW*, **1**,

Freud, S. *(cont.)*
pág. 39; *SE*, **1**, pág. 157. {*SR*, **11**, pág. 123; *BN*, **1**, pág. 13; *AE*, **1**, pág. 191.} (3, 44, 63, 65, 72-3, 241-2)

(1893*d*) «Über familiäre Formen von cerebralen Diplegien» {«Sobre las formas familiares de diplejías cerebrales»}, *Neurol. Zbl.*, **12**, nº 15, pág. 512, y nº 16, pág. 542. (233, 240-1)

(1893*e*) «Les diplégies cérébrales infantiles» {«Las diplejías cerebrales infantiles»} (en francés), *Rev. neurol.*, **1**, nº 8, pág. 177. *SE*, **3**, pág. 247. {*AE*, **3**, pág. 241.} (233, 241)

(1893*f*) «Charcot» {Nota necrológica}, *GS*, **1**, pág. 243; *GW*, **1**, pág. 21; *SE*, **3**, pág. 9. {*SR*, **10**, pág. 195; *BN*, **1**, pág. 30; *AE*, **3**, pág. 7.} (5, 44, 82, 235-6)

(1893*g*) «Über ein Symptom, das häufig die Enuresis nocturna der Kinder begleitet» {«Sobre un frecuente síntoma concomitante de la *enuresis nocturna* en el niño»}, *Neurol. Zbl.*, **12**, nº 21, pág. 735. (237)

(1893*h*) «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene» {«Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos»} (conferencia; versión taquigráfica revisada por el conferencista), *Wien. med. Presse*, **34**, nº 4, pág. 121, y nº 5, pág. 165; *SE*, **3**, pág. 27. {*SA*, **6**, pág. 9; *RP*, **13**, nº 3, 1956, pág. 266; *AE*, **3**, pág. 25.} (4, 50, 65, 94, 197, 237, 271, 274)

(1894*a*) «Die Abwehr-Neuropsychosen» {«Las neuropsicosis de defensa»}, *GS*, **1**, pág. 290; *GW*, **1**, pág. 59; *SE*, **3**, pág. 43. {*SR*, **11**, pág. 85; *BN*, **1**, pág. 169; *AE*, **3**, pág. 43.} (37, 72-3, 76, 78, 83-4, 89, 97, 99, 108, 151, 154, 160, 163-4, 167, 171, 193-4, 209, 216-217, 242-3, 257)

(1895*b* [1894]) «Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen» {«Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"»}, *GS*, **1**, pág. 306; *GW*, **1**, pág. 315; *SE*, **3**, pág. 87. {*SA*, **6**, pág. 25; *SR*, **11**, pág. 99; *BN*, **1**, pág. 183; *AE*, **3**, pág. 85.} (63-4, 72, 82-4, 119, 123-5, 127, 130, 133, 146, 150, 167-8, 243-4, 257, 261, 266)

(1895*c* [1894]) «Obsessions et phobies» {«Obsesiones y fobias»} (en francés), *GS*, **1**, pág. 334; *GW*, **1**, pág. 345; *SE*, **3**, pág. 71. {*SR*, **11**, pág. 137; *BN*, **1**, pág. 178; *AE*, **3**, pág. 69.} (14, 47, 53, 57-8, 88, 92, 97-8, 101, 145, 150, 152, 174, 243, 257)

Freud, S. *(cont.)*

(1895*d*) En colaboración con Breuer, J., *Studien über Hysterie* {*Estudios sobre la histeria*}, Viena; reimpresión, Francfort, 1970. *GS*, **1**, pág. 3; *GW*, **1**, pág. 77 (estas ediciones no incluyen las contribuciones de Breuer); *SE*, **2** (incluye las contribuciones de Breuer). {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 37 (sólo la parte IV: «Zur Psychotherapie der Hysterie»); *SR*, **10**, pág. 7; *BN*, **1**, pág. 39 (estas ediciones no incluyen las contribuciones de Breuer); *AE*, **2** (incluye las contribuciones de Breuer).} (4-5, 27, 31-6, 44, 47, 49, 52-3, 56, 58, 62-3, 65-7, 80-1, 94, 100, 106, 123, 131, 151, 163, 165, 168, 177, 180-1, 193, 198, 214, 216, 218, 237, 243-4, 271, 274, 321)

(1895*e*) «Über die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel» {«Sobre la meralgia parestésica del muslo, descrita por Bernhardt»}, *Neurol. Zbl.*, **14**, nº 11, pág. 491. (246)

(1895*f*) «Zur Kritik der "Angstneurose"» {«A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"»}, *GS*, **1**, pág. 343; *GW*, **1**, pág. 357; *SE*, **3**, pág. 121. {*SR*, **11**, pág. 159; *BN*, **1**, pág. 199; *AE*, **3**, pág. 117.} (5, 66, 83, 99, 105-6, 114, 142, 146, 208, 245, 257, 264)

(1895*g*) «Über Hysterie» {«Sobre la histeria»}, reseñas de tres conferencias de Freud en *Wien. klin. Rdsch.*, **9**, nos. 42-4. (222)

(1895*h*) «Mechanismus der Zwangsvorstellungen und Phobien» {«Mecanismo de las representaciones obsesivas y fobias»}, resumen del autor, *Wien. klin. Wschr.*, **8**, pág. 496. (222)

(1896*a*) «L'hérédité et l'étiologie des névroses» {«La herencia y la etiología de las neurosis»} (en francés), *GS*, **1**, pág. 388; *GW*, **1**, pág. 407; *SE*, **3**, pág. 143. {*SR*, **11**, pág. 145; *BN*, **1**, pág. 277; *AE*, **3**, pág. 139.} (22, 48, 72-3, 80, 109, 120, 138, 159-60, 163, 168, 189, 199, 247, 257)

(1896*b*) «Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen» {«Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa»}, *GS*, **1**, pág. 363; *GW*, **1**, pág. 379; *SE*, **3**, pág. 159. {*SR*, **11**, pág. 175; *BN*, **1**, pág 286; *AE*, **3**, pág. 157.} (5, 54, 100, 141, 149, 151, 153-5, 188-9, 197, 199, 203, 207, 211, 217, 246, 257, 271, 301)

(1896*c*) «Zur Ätiologie der Hysterie» {«La etiología de la histeria»}, *GS*, **1**, pág. 404; *GW*, **1**, pág. 425; *SE*,

Freud, S. *(cont.)*
**3**, pág. 189. {*SA*, **6**, pág. 51; *SR*, **12**, pág. 158; *BN*, **1**, pág. 299; *AE*, **3**, pág. 185.} (103, 136, 156, 160, 164, 168, 247, 254, 257, 297)

(1897*a*) *Die infantile Cerebrallähmung* {*La parálisis cerebral infantil*}, Teil II, Abt. II, en H. Nothnagel, ed., *Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie* {Manual de patología especial y terapia}, **9**, Viena. (233, 248-9, 254, 321)

(1897*b*) *Inhaltsangaben der wissenschaftlichen Arbeiten des Privatdozenten Dr. Sigm. Freud (1877-1897)* {*Sumario de los trabajos científicos del docente adscrito Dr. Sigmund Freud*}, Viena. *GW*, **1**, pág. 463; *SE*, **3**, pág. 225. {*SR*, **22**, pág. 457; *AE*, **3**, pág. 219.} (9, 16, 43, 71, 73, 87, 89, 119, 138, 141, 159, 187, 321)

(1898*a*) «Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen» {«La sexualidad en la etiología de las neurosis»}, *GS*, **1**, pág. 439; *GW*, **1**, pág. 491; *SE*, **3**, pág. 261. {*SA*, **5**, pág. 11; *SR*, **12**, pág. 185; *BN*, **1**, pág. 317; *AE*, **3**, pág. 251.} (44, 83, 104-5, 109, 142, 150, 164, 168, 248)

(1898*b*) «Zum psychischen Mechanismus der Vergesslichkeit» {«Sobre el mecanismo psíquico de la desmemoria»}, *GW*, **1**, pág. 519; *SE*, **3**, pág. 289. {*SR*, **22**, pág. 477; *AE*, **3**, pág. 277.} (4, 300, 307)

(1899*a*) «Über Deckerinnerungen» {«Sobre los recuerdos encubridores»}, *GS*, **1**, pág. 465; *GW*, **1**, pág. 531; *SE*, **3**, pág. 301. {*SR*, **12**, pág. 205; *BN*, **1**, pág. 330; *AE*, **3**, pág. 291.} (4, 66, 181, 282)

(1900*a* [1899]) *Die Traumdeutung* {*La interpretación de los sueños*}, Viena. *GS*, **2-3**; *GW*, **2-3**; *SE*, **4-5**. {*SA*, **2**; *SR*, **6-7**, y **19**, pág. 217; *BN*, **2**, pág. 343; *AE*, **4-5**.} (5, 64-6, 129-30, 221, 254, 273, 284, 294-5, 304, 312, 321)

(1901*b*) *Zur Psychopathologie des Alltagslebens* {*Psicopatología de la vida cotidiana*}, Berlín, 1904. *GS*, **4**, pág. 3; *GW*, **4**; *SE*, **6**. {*SR*, **1**; *BN*, **3**, pág. 755; *AE*, **6**.} (4-5, 11, 39, 279, 281-2, 285, 287, 289, 294-5)

(1901*c* [1899]) Noticia autobiográfica, en J. L. Pagel, *Biographisches Lexicon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts* {Diccionario biográfico de médicos eminentes del siglo XIX}, Berlín. *SE*, **3**, pág. 325. {*BN*, **1**, pág. xxvii; *AE*, **3**, pág. 317.}

(1904*a* [1903]) «Die Freudsche psychoanalytische Methode» {«El método psicoanalítico de Freud»}, *GS*, **6**, pág. 3; *GW*, **5**, pág. 3; *SE*, **7**, pág. 249. {*SA*, «Ergän-

Freud, S. *(cont.)*
zungsband» (Volumen complementario), pág. 99; *SR*, **14**, pág. 57; *BN*, **3**, pág. 1003; *AE*, **7**, pág. 233.} (3)
(1905*a* [1904]) «Über Psychotherapie» {«Sobre psicoterapia»}, *GS*, **6**, pág. 11; *GW*, **5**, pág. 13; *SE*, **7**, pág. 257. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 107; *SR*, **14**, pág. 63; *BN*, **3**, pág. 1007; *AE*, **7**, pág. 243.} (3-4)
(1905*c*) *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten* {*El chiste y su relación con lo inconciente*}, Viena. *GS*, **9**, pág. 5; *GW*, **6**; *SE*, **8**. {*SA*, **4**, pág. 9; *SR*, **3**, pág. 7; *BN*, **3**, pág. 1029; *AE*, **8**.} (5, 38, 301)
(1905*d*) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* {*Tres ensayos de teoría sexual*}, Viena. *GS*, **5**, pág. 3; *GW*, **5**, pág. 29; *SE*, **7**, pág. 125. {*SA*, **5**, pág. 37; *SR*, **2**, pág. 7, y **20**, pág. 187; *BN*, **4**, pág. 1169; *AE*, **7**, pág. 109.} (5, 108, 120, 161, 169, 188, 265)
(1905*e* [1901]) «Bruchstück einer Hysterie-Analyse» {«Fragmento de análisis de un caso de histeria»}, *GS*, **8**, pág. 3; *GW*, **5**, pág. 163; *SE*, **7**, pág. 3. {*SA*, **6**, pág. 83; *SR*, **15**, pág. 7; *BN*, **3**, pág. 933; *AE*, **7**, pág. 1.} (5, 15, 111, 198)
(1906*a* [1905]) «Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen» {«Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis»}, *GS*, **5**, pág. 123; *GW*, **5**, pág. 149; *SE*, **7**, pág. 271. {*SA*, **5**, pág. 147; *SR*, **13**, pág. 9; *BN*, **4**, pág. 1238; *AE*, **7**, pág. 259.} (3, 53, 120, 161)
(1906*b*) Prólogo a Sigmund Freud, *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre aus den Jahren 1893-1906* {Recopilación de escritos breves sobre la doctrina de las neurosis, 1893-1906}, *GS*, **1**, pág. 241; *GW*, **1**, pág. 557; *SE*, **3**, pág. 3. {*SR*, **20**, pág. 185; *BN*, **4**, pág. 1529; *AE*, **3**, pág. 1.} (73)
(1906*c*) «Tatbestandsdiagnostik und Psychoanalyse» {«La indagatoria forense y el psicoanálisis»}, *GS*, **10**, pág. 197; *GW*, **7**, pág. 3; *SE*, **9**, pág. 99. {*SR*, **18**, pág. 23; *BN*, **4**, pág. 1277; *AE*, **9**, pág. 81.} (48)
(1908*d*) «Die "kulturelle" Sexualmoral und die moderne Nervosität» {«La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna»}, *GS*, **5**, pág. 143; *GW*, **7**, pág. 143; *SE*, **9**, pág. 179. {*SA*, **9**, pág. 9; *SR*, **13**, pág. 27; *BN*, **4**, pág. 1249; *AE*, **9**, pág. 159.} (148, 255, 265, 270)
(1908*f*) Prólogo a W. Stekel, *Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung* {Estados neuróticos de angustia y

Freud, S. *(cont.)*
su tratamiento}, *GS*, **11**, pág. 239; *GW*, **7**, pág. 467; *SE*, **9**, pág. 250. {*SR*, **20**, pág. 135; *BN*, **4**, pág. 1530; *AE*, **9**, pág. 227.} (84)

(1909*a* [1908]) «Allgemeines über den hysterischen Anfall» {«Apreciaciones generales sobre el ataque histérico»}, *GS*, **5**, pág. 255; *GW*, **7**, pág. 235; *SE*, **9**, pág. 229. {*SA*, **6**, pág. 197; *SR*, **13**, pág. 115; *BN*, **4**, pág. 1358; *AE*, **9**, pág. 203.} (44)

(1909*b*) «Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben» {«Análisis de la fobia de un niño de cinco años»}, *GS*, **8**, pág. 129; *GW*, **7**, pág. 243; *SE*, **10**, pág. 3. {*SA*, **8**, pág. 9; *SR*, **15**, pág. 113; *BN*, **4**, pág. 1365; *AE*, **10**, pág. 1.} (84)

(1909*d*) «Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose» {«A propósito de un caso de neurosis obsesiva»}, *GS*, **8**, pág. 269; *GW*, **7**, pág. 381; *SE*, **10**, pág. 155. {*SA*, **7**, pág. 31; *SR*, **16**, pág. 7; *BN*, **4**, pág. 1441; *AE*, **10**, pág. 119.} (53, 161, 170, 315)

(1910*a* [1909]) *Über Psychoanalyse* {*Cinco conferencias sobre psicoanálisis*}, Viena. *GS*, **4**, pág. 349; *GW*, **8**, pág. 3; *SE*, **11**, pág. 3. {*SR*, **2**, pág. 107; *BN*, **5**, pág. 1533; *AE*, **11**, pág. 1.} (51)

(1910*d*) «Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie» {«Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica»}, *GS*, **6**, pág. 25; *GW*, **8**, pág. 104; *SE*, **11**, pág. 141. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 121; *SR*, **14**, pág. 73; *BN*, **5**, pág. 1564; *AE*, **11**, pág. 129.} (120)

(1910*k*) «Über "wilde" Psychoanalyse» {«Sobre el psicoanálisis "silvestre"»}, *GS*, **6**, pág. 37; *GW*, **8**, pág. 118; *SE*, **11**, pág. 221. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 133; *SR*, **14**, pág. 83; *BN*, **5**, pág. 1571; *AE*, **11**, pág. 217.} (271)

(1911*b*) «Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens» {«Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico»}, *GS*, **5**, pág. 409; *GW*, **8**, pág. 230; *SE*, **12**, pág. 215. {*SA*, **3**, pág. 13; *SR*, **14**, pág. 199; *BN*, **5**, pág. 1638; *AE*, **12**, pág. 217.} (66)

(1912*f*) «Zur Onanie-Diskussion» {«Contribuciones para un debate sobre el onanismo»}, *GS*, **3**, pág. 324; *GW*, **8**, pág. 332; *SE*, **12**, pág. 243. {*SR*, **21**, pág. 173; *BN*, **5**, pág. 1702; *AE*, **12**, pág. 247.} (269)

(1913*i*) «Die Disposition zur Zwangsneurose» {«La predisposición a la neurosis obsesiva»}, *GS*, **5**, pág. 277;

Freud, S. *(cont.)*
*GW*, **8**, pág. 442; *SE*, **12**, pág. 313. {*SA*, **7**, pág. 105; *SR*, **13**, pág. 132; *BN*, **5**, pág. 1738; *AE*, **12**, pág. 329.} (189)
(1914*c*) «Zur Einführung des Narzissmus» {«Introducción del narcisismo»}, *GS*, **6**, pág. 155; *GW*, **10**, pág. 138; *SE*, **14**, pág. 69. {*SA*, **3**, pág. 37; *SR*, **14**, pág. 171; *BN*, **6**, pág. 2017; *AE*, **14**, pág. 65.} (94)
(1914*d*) «Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung» {«Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico»}, *GS*, **4**, pág. 411; *GW*, **10**, pág. 44; *SE*, **14**, pág. 3. {*SR*, **12**, pág. 100; *BN*, **5**, pág. 1895; *AE*, **14**, pág. 1.} (10, 14, 50, 62)
(1915*c*) «Triebe und Triebschicksale» {«Pulsiones y destinos de pulsión»}, *GS*, **5**, pág. 443; *GW*, **10**, pág. 210; *SE*, **14**, pág. 111. {*SA*, **3**, pág. 75; *SR*, **9**, pág. 100; *BN*, **6**, pág. 2039; *AE*, **14**, pág. 105.} (65-6, 112)
(1915*d*) «Die Verdrängung» {«La represión»}, *GS*, **5**, pág. 466; *GW*, **10**, pág. 248; *SE*, **14**, pág. 143. {*SA*, **3**, pág. 103; *SR*, **9**, pág. 121; *BN*, **6**, pág. 2053; *AE*, **14**, pág. 135.} (53, 56, 67, 84)
(1915*e*) «Das Unbewusste» {«Lo inconciente»}, *GS*, **5**, pág. 480; *GW*, **10**, pág. 264; *SE*, **14**, pág. 161. {*SA*, **3**, pág. 119; *SR*, **9**, pág. 133; *BN*, **6**, pág. 2061; *AE*, **14**, pág. 153.} (66-7, 84, 216)
(1916-17 [1915-17]) *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* {*Conferencias de introducción al psicoanálisis*}, Viena. *GS*, **7**; *GW*, **11**; *SE*, **15-16**. {*SA*, **1**, pág. 33; *SR*, **4-5**; *BN*, **6**, pág. 2123; *AE*, **15-16**.} (15, 66-7, 88, 120, 173, 223, 229, 304, 315)
(1918*b* [1914]) «Aus der Geschichte einer infantilen Neurose» {«De la historia de una neurosis infantil»}, *GS*, **8**, pág. 439; *GW*, **12**, pág. 29; *SE*, **17**, pág. 3. {*SA*, **8**, pág. 125; *SR*, **16**, pág. 143; *BN*, **6**, pág. 1941; *AE*, **17**, pág. 1.} (84, 169, 315)
(1920*g*) *Jenseits des Lustprinzips* {*Más allá del principio de placer*}, Viena. *GS*, **6**, pág. 191; *GW*, **13**, pág. 3; *SE*, **18**, pág. 7. {*SA*, **3**, pág. 213; *SR*, **2**, pág. 217; *BN*, **7**, pág. 2507; *AE*, **18**, pág. 1.} (65, 88)
(1921*c*) *Massenpsychologie und Ich-Analyse* {*Psicología de las masas y análisis del yo*}, Viena. *GS*, **6**, pág. 261; *GW*, **13**, pág. 71; *SE*, **18**, pág. 69. {*SA*, **9**, pág. 61; *SR*, **9**, pág. 7; *BN*, **7**, pág. 2563; *AE*, **18**, pág. 63.} (23-4)
(1923*a* [1922]) «"Psychoanalyse" und "Libidotheo-

Freud, S. *(cont.)*
rie"» {«Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido"»}, *GS*, **11**, pág. 201; *GW*, **13**, pág. 211; *SE*, **18**, pág. 235. {*SR*, **17**, pág. 183; *BN*, **7**, pág. 2661; *AE*, **18**, pág. 227.} (102)

(1923*b*) *Das Ich und das Es* {*El yo y el ello*}, Viena. *GS*, **6**, pág. 351; *GW*, **13**, pág. 237; *SE*, **19**, pág. 3. {*SA*, **3**, pág. 273; *SR*, **9**, pág. 191; *BN*, **7**, pág. 2701; *AE*, **19**, pág. 1.} (56)

(1923*c* [1922]) «Bemerkungen zur Theorie und Praxis der Traumdeutung» {«Observaciones sobre la teoría y la práctica de la interpretación de los sueños»}, *GS*, **3**, pág. 305; *GW*, **13**, pág. 301; *SE*, **19**, pág. 109. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 257; *SR*, **19**, pág. 165; *BN*, **7**, pág. 2619; *AE*, **19**, pág. 107.} (198, 204)

(1923*d* [1922]) «Eine Teufelsneurose im siebzehnten Jahrhundert» {«Una neurosis demoníaca en el siglo XVII»}, *GS*, **10**, pág. 409; *GW*, **13**, pág. 317; *SE*, **19**, pág. 69. {*SA*, **7**, pág. 283; *SR*, **18**, pág. 187; *BN*, **7**, pág. 2677; *AE*, **19**, pág. 67.} (21)

(1924*a*) Carta (en francés) a *Le Disque Vert*, *GS*, **11**, pág. 266; *GW*, **13**, pág. 446; *SE*, **19**, pág. 290. {*SR*, **20**, pág. 232; *BN*, **7**, pág. 2832; *AE*, **19**, pág. 294.} (14)

(1924*b* [1923]) «Neurose und Psychose» {«Neurosis y psicosis»}, *GS*, **5**, pág. 418; *GW*, **13**, pág. 387; *SE*, **19**, pág. 149. {*SA*, **3**, pág. 331; *SR*, **14**, pág. 206; *BN*, **7**, pág. 2742; *AE*, **19**, pág. 151.} (60)

(1924*c*) «Das ökonomische Problem des Masochismus» {«El problema económico del masoquismo»}, *GS*, **5**, pág. 374; *GW*, **13**, pág. 371; *SE*, **19**, pág. 157. {*SA*, **3**, pág. 339; *SR*, **13**, pág. 208; *BN*, **7**, pág. 2752; *AE*, **19**, pág. 161.} (66)

(1924*e*) «Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose» {«La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis»}, *GS*, **6**, pág. 409; *GW*, **13**, pág. 363; *SE*, **19**, pág. 183. {*SA*, **3**, pág. 355; *SR*, **14**, pág. 216; *BN*, **7**, pág. 2745; *AE*, **19**, pág. 189.} (60)

(1925*d* [1924]) *Selbstdarstellung* {*Presentación autobiográfica*}, Viena, 1934. *GS*, **11**, pág. 119; *GW*, **14**, pág. 33; *SE*, **20**, pág. 3. {*SR*, **9**, pág. 239; *BN*, **7**, pág. 2761; *AE*, **20**, pág. 1.} (10, 15, 60, 229-30)

(1926*d* [1925]) *Hemmung, Symptom und Angst* {*Inhibición, síntoma y angustia*}, Viena. *GS*, **11**, pág. 23; *GW*, **14**, pág. 113; *SE*, **20**, pág. 77. {*SA*, **6**, pág. 227;

Freud, S. *(cont.)*
*SR*, **11**, pág. 9; *BN*, **8**, pág. 2833; *AE*, **20**, pág. 71.} (84, 88-9, 94, 109, 111, 155, 169, 175)
(1926*e*) *Die Frage der Laienanalyse* {*¿Pueden los legos ejercer el análisis?*}, Viena. *GS*, **11**, pág. 307; *GW*, **14**, pág. 209; *SE*, **20**, pág. 179. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 271; *SR*, **12**, pág. 7; *BN*, **8**, pág. 2911; *AE*, **20**, pág. 165.} (307)
(1926*f*) «Psycho-Analysis» {«Psicoanálisis»}, artículo publicado en la *Encyclopaedia Britannica* con el título «Psycho-Analysis; Freudian School», 13ª ed., volumen suplementario 3, pág. 253. El original alemán, con el título «Psycho-Analysis», apareció por primera vez en 1934. *GS*, **12**, pág. 372; *GW*, **14**, pág. 299; *SE*, **20**, pág. 261. {*SR*, **21**, pág. 217; *BN*, **8**, pág. 2904; *AE*, **20**, pág. 245.} (63)
(1927*e*) «Fetischismus» {«Fetichismo»}, *GS*, **11**, pág. 395; *GW*, **14**, pág. 311; *SE*, **21**, pág. 149. {*SA*, **3**, pág. 379; *SR*, **21**, pág. 237; *BN*, **8**, pág. 2993; *AE*, **21**, pág. 141.} (60, 67)
(1930*a* [1929]) *Das Unbehagen in der Kultur* {*El malestar en la cultura*}, Viena. *GS*, **12**, pág. 29; *GW*, **14**, pág. 421; *SE*, **21**, pág. 59. {*SA*, **9**, pág. 191; *SR*, **19**, pág. 11; *BN*, **8**, pág. 3017; *AE*, **21**, pág. 57.} (94, 102, 255, 265)
(1931*b*) «Über die weibliche Sexualität» {«Sobre la sexualidad femenina»}, *GS*, **12**, pág. 120; *GW*, **14**, pág. 517; *SE*, **21**, pág. 223. {*SA*, **5**, pág. 273; *SR*, **21**, pág. 279; *BN*, **8**, pág. 3077; *AE*, **21**, pág. 223.} (129, 161)
(1931*e*) Carta al burgomaestre de la ciudad de Príbor, *GS*, **12**, pág. 414; *GW*, **14**, pág. 561; *SE*, **21**, pág. 259. {*SR*, **20**, pág. 239; *BN*, **8**, pág. 3232; *AE*, **21**, pág. 257.} (295)
(1937*c*) «Die endliche und die unendliche Analyse» {«Análisis terminable e interminable»}, *GW*, **16**, pág. 59; *SE*, **23**, pág. 211. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario)} pág. 351; *SR*, **21**, pág. 315; *BN*, **9**, pág. 3339; *AE*, **23**, pág. 211.} (162, 205, 265)
(1937*d*) «Konstruktionen in der Analyse» {«Construcciones en el análisis»}, *GW*, **16**, pág. 43; *SE*, **23**, pág. 257. {*SA*, «Ergänzungsband» (Volumen complementario), pág. 393; *SR*, **21**, pág. 353; *BN*, **9**, pág. 3365; *AE*, **23**, pág. 255.} (283)
(1940*d* [1892]) En colaboración con Breuer, J., «Zur

Freud, S. *(cont.)*
Theorie des hysterischen Anfalls» {«Sobre la teoría del ataque histérico»}, *GW*, **17**, pág. 9; *SE*, **1**, pág. 151. {*SR*, **21**, pág. 20; *BN*, **1**, pág. 51; *AE*, **1**, pág. 187.} (50, 65)
(1940*e* [1938]) «Die Ichspaltung im Abwehrvorgang» {«La escisión del yo en el proceso defensivo»}, *GW*, **17**, pág. 59; *SE*, **23**, pág. 273. {*SA*, **3**, pág. 389; *SR*, **21**, pág. 61; *BN*, **9**, pág. 3375; *AE*, **23**, pág. 271.} (60)
(1941*a* [1892]) Carta a Josef Breuer, *GW*, **17**, pág. 5; *SE*, **1**, pág. 147. {*SR*, **21**, pág. 19; *BN*, **1**, pág. 50; *AE*, **1**, pág. 183.} (50, 65, 67, 120, 193)
(1941*b* [1892]) «Notiz "III"» {«Nota "III"»}, *GW*, **17**, pág. 17; *SE*, **1**, pág. 149. {*SR*, **21**, pág. 24; *BN*, **1**, pág. 54; *AE*, **1**, pág. 185.} (120)
(1950*a* [1887-1902]) *Aus den Anfängen der Psychoanalyse* {*Los orígenes del psicoanálisis*}, Londres. Abarca las cartas a Wilhelm Fliess, manuscritos inéditos y el «Entwurf einer Psychologie» {«Proyecto de psicología»}, 1895. *SE*, **1**, pág. 175 {incluye 29 cartas, 13 manuscritos y el «Proyecto de psicología». *SR*, **22**, pág. 13; *BN*, **9**, pág. 3433, y **1**, pág. 209; incluyen 153 cartas, 14 manuscritos y el «Proyecto de psicología»; *AE*, **1**, pág. 211 (el mismo contenido que *SE*)}. (38-9, 52, 56-8, 62, 65-6, 88-9, 91-2, 97, 100, 102, 105-6, 108, 110-1, 120, 132, 138, 142, 155, 160-1, 164-5, 168, 183-4, 188, 221-2, 237-8, 253-4, 268, 270, 279, 282, 287, 293-4, 304)
(1955*a* [1907-08]) Apuntes originales sobre el caso de neurosis obsesiva (el «Hombre de las Ratas»), *SE*, **10**, pág. 259. El texto original alemán fue publicado en la edición francesa bilingüe: *L'homme aux rats. Journal d'une analyse*, trad. al francés, con una introducción, notas y comentario, por E. Ribeiro Hawelka, París: Presses Universitaires de France, 1974. {*RP*, **22**, nº 3, 1955, pág. 159; *AE*, **10**, pág. 195.} (295)
(1956*a* [1886]) «Report on my Studies in Paris and Berlin, on a Travelling Bursary Granted from the University Jubilee Fund, 1885-6» {«Informe sobre mis estudios en París y Berlín, realizados con una beca de viaje del Fondo del Jubileo de la Universidad. 1885-6»}, *Int. J. Psycho-Anal.*, **37**, pág. 2. El texto apareció primero en inglés, en tanto que el original alemán, con el título «Bericht über meine mit Universitäts-Jubiläums-Reisestipendium unternommene Studienreise nach Paris

Freud, S. *(cont.)*
und Berlin», recién se publicó en 1960 en *Sigmund Freuds akademische Laufbahn im Lichte der Dokumente* {El currículo académico de Sigmund Freud a la luz de los documentos} (ed. por J. y R. Gicklhorn), Viena, 1960, 82. Impreso también en S. Freud, *«Selbsdarstellung»; Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse* {Presentación autobiográfica; escritos sobre la historia del psicoanálisis} (ed. por J. Gubrich-Simitis), Francfort: Fischer Taschenbusch Verlag, 1971, pág. 127. *SE*, **1**, pág. 3. {*RP*, **13**, nº 3, 1956, pág. 256; *AE*, **1**, pág. 1.} (10, 14, 18)

(1960*a*) *Briefe 1873-1939* (ed. por E. L. Freud), Francfort. (2ª ed. aumentada, Francfort, 1968.) {*Epistolario*, Barcelona: Plaza y Janés, 2 vols.} (10, 226)

(1965*a*) *Sigmund Freud/Karl Abraham. Briefe 1907 bis 1926* (ed. por H. C. Abraham y E. L. Freud), Francfort. (224)

Gélineau, J. B. E. (1894) *Des peurs maladives ou phobies*, París. (75)

Hammond, W. A. (1886) «Remarks on Cocaine and the So-called Cocaine Habit», *J. nerv. ment. Dis.*, **11**, pág. 754. (232)

Hecker, E. (1893) «Über larvirte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie», *Zbl. Nervenheilk.*, **16**, pág. 565. (92, 95, 123)

Henri, V. y C. (1897) «Enquête sur les premiers souvenirs de l'enfance», *L'année psychologique*, **3**, pág. 184. (298-300, 312, 314)

Iconographie de la Salpêtrière, **3** (1879-80), París. (235)

Janet, P. (1892, 1894) *État mental des hystériques* (2 vols.), París. (48)

(1893) «Quelques définitions récentes de l'hystérie», *Arch. neurol.*, **25**, pág. 417, y **26**, pág. 1. (48, 52)

Jones, E. (1953) *Sigmund Freud: Life and Work*, **1**, Londres y Nueva York. (Las páginas que se mencionan en el texto remiten a la edición inglesa.) {*Vida y obra de Sigmund Freud*, Buenos Aires: Hormé, **1**.} (10, 16, 66, 222, 226, 228, 295)

(1955) *Sigmund Freud: Life and Work*, **2**, Londres y Nueva York. (Las páginas que se mencionan en el texto remiten a la edición inglesa.) {*Vida y obra de Sigmund Freud*, Buenos Aires: Hormé, **2**.} (206)

Kaan, H. (1893) *Der neurasthenische Angstaffekt bei Zwangsvorstellungen und der primordiale Grübelzwang*, Viena. (92)

Kahane, M. (1895) Traducción de J.-M. Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière (1888-9)*, París, 1889, con el título *Poliklinische Vorträge* {Lecciones policlínicas}, **2**, Viena. (11)
Kassowitz, M. (ed.) (1890, etc.) *Beiträge zur Kinderheilkunde*, Viena. (235, 238, 250)
Krafft-Ebing, R. von (1867) *Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurteilung krankhafter Gemütszustände für Ärzte, Richter und Verteidiger,* Erlangen. (72)
Löwenfeld, L. (1893) *Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie,* Wiesbaden. (125)
(1895) «Über die Verknüpfung neurasthenischer und hysterischer Symptome in Anfallsform nebst Bemerkungen über die Freudsche Angstneurose», *Münchener med. Wschr.*, **42**, pág. 282. (120-38)
(1904) *Die psychischen Zwangserscheinungen,* Wiesbaden. (4-5, 72, 92, 97)
(1906) *Sexualleben und Nervenleiden* (4ª ed.), Wiesbaden. (4-5)
Moebius, P. J. (1894*b*) *Neurologische Beiträge*, vol. 2, Leipzig. (98)
Moll, A. (1898) *Untersuchungen über die Libido sexualis,* **1**, Berlín. (102)
Niemann, A. (1860) *Über eine neue organische Basis in den Cocablättern*, Gotinga. (227)
Nothnagel, H. (ed.) (1897) *Handbuch der allgemeinen und speziellen Therapie*, **9**, Viena. (248, 254, 321)
Oppenheim, H. (1890) «Thatsächliches und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie», *Berl. klin. Wschr.*, **27**, pág. 553. (52)
Peyer, A. (1893) «Die nervösen Affektionen des Darmes bei der Neurasthenie des männlichen Geschlechtes (Darmneurasthenie)», *Vorträge aus der gesamten praktischen Heilkunde*, **1**, Viena. (98)
Rie, O. y Freud, S. (1891): *véase* Freud, S. (1891*a*).
Rosenberg, L. (1893) *Casuistische Beiträge zur Kenntnis der cerebralen Kinderlähmungen und der Epilepsie*, en M. Kassowitz, ed., *Beiträge zur Kinderheilkunde*, Heft IV, N. F., Viena. (250)
Rosenthal, E. (1892) *Contribution a l'étude des diplégies cérébrales de l'enfance*, tesis de Lyon. (250)
Stekel, W. (1895) «Koitus im Kindesalter», *Wien. med. Bl.*, **18**, pág. 247. (206)
Strümpell, A. von (1892) *Über die Entstehung und die*

*Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen*, Erlangen. (52)
Tuke, D. H. (1894) «Imperative Ideas», *Brain*, **17**, pág. 179. (75)
Waldeyer, W. (1891) «Über einige neuere Forschungen im Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems», *Berl. klin. Wschr.*, **28**, pág. 691. (226)
Wernicke, C. (1894) Conferencia sobre la psicosis de angustia, de la cual se informa en *Allg. Z. Psychiat.*, **51** (1895), pág. 1020. (92)

# Indice alfabético

El presente índice incluye los nombres de autores no especializados, y también los de autores especializados cuando en el texto no se menciona una obra en particular. Para remisiones a obras especializadas, consúltese la «Bibliografía». Este índice fue preparado {para la *Standard Edition*} por la señora R. S. Partridge. {El de la presente versión castellana se confeccionó sobre la base de aquel.}